Cancer colorectal

Définition

La majorité des cancers colorectaux sont des adénocarcinomes dérivés de cellules épithéliales. Environ 66 % des nouveaux cancers colorectaux surviennent dans le côlon (43 % dans le côlon proximal et 23 % dans le côlon distal) et 30 % surviennent dans le rectum. Les types moins courants de tumeurs colorectales malignes sont les tumeurs carcinoïdes, les tumeurs à cellules stromales gastro-intestinales et les lymphomes. L'âge est le plus grand facteur de risque d'adénocarcinome colorectal sporadique, 99 % des cancers survenant chez les personnes âgées de 40 ans ou plus.

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus répandu dans les pays développés et la quatrième cause de décès par cancer.

C'est rare en dessous de 40 ans. Cependant, au cours des 20 dernières années, l'incidence du cancer colorectal a augmenté de manière significative chez les jeunes adultes, notamment dans les pays développés. L'augmentation des maladies à apparition précoce peut être liée à des changements de régime alimentaire et aux effets qui en résultent sur le microbiome intestinal et l'inflammation.

Les symptômes ne sont pas spécifiques et surviennent fréquemment dans des affections colorectales bénignes.

La résection chirurgicale constitue le principal traitement curatif.

Le traitement combiné multimodal (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, résection des métastases) a considérablement réduit les récidives locales et augmenté la survie dans certains cas.

Antécédents et examen physique :

l'âge augmente

saignement rectal

changement dans les habitudes intestinales

masse rectale

antécédents familiaux positifs

masse abdominale

anémie

sexe masculin

douleur abdominale

perte de poids et anorexie

distension abdominale

ganglions lymphatiques palpables

Tests de diagnostic

1ers Tests sur Commande

numération globulaire complète

biochimie du foie

fonction rénale

test immunochimique fécal quantitatif

coloscopie

Colonographie CT

lavement baryté double contraste

Tomodensitométrie du thorax, de l'abdomen et du bassin

test génétique

IRM du bassin : protocole cancer rectal

échographie endoscopique transrectale

biopsie

antigène carcinoembryonnaire

TEP

Tests émergents

techniques avancées d'imagerie optique

Syndrome de Budd-Chiari.

Définition

Des groupes d'experts internationaux ont convenu que le « syndrome de Budd-Chiari » devrait être utilisé comme éponyme pour « l'obstruction des voies d'écoulement veineux hépatique », indépendamment du niveau ou du mécanisme de l'obstruction. Les maladies cardiaques et péricardiques ainsi que le syndrome d'obstruction sinusoïdale sont exclus de cette définition.

Comprend l'obstruction de l'écoulement veineux hépatique à n'importe quel niveau, depuis les petites veines hépatiques jusqu'à la jonction de la veine cave inférieure et de l'oreillette droite, quelle que soit la cause de l'obstruction.

La triade classique de symptômes est constituée de douleurs abdominales, d'ascite et d'hépatomégalie.

Soixante-quinze pour cent des patients présentent au moins un état hypercoagulable sous-jacent.

L'échographie Doppler couleur et pulsée est l'examen de première intention pour le diagnostic. Les patients doivent également subir des tests d'hypercoagulabilité afin d'identifier toute prédisposition à la thrombose veineuse.

Le but de la thérapie et de la prise en charge interventionnelle est de soulager la congestion hépatique et de prévenir la nécrose, la fibrose et, à terme, l'insuffisance hépatique, la cirrhose et/ou l'hypertension portale.

Les principales options de traitement sont les procédures interventionnelles radiologiques, notamment l'angioplastie de la veine hépatique et/ou de la veine cave inférieure, ou les shunts portosystémiques intrahépatiques transjugulaires (TIPS). En outre, des procédures chirurgicales peuvent être utilisées, telles que des shunts chirurgicaux et une transplantation hépatique.

Un traitement médical sous forme de traitement anticoagulant, de diurétiques et de traitement de l'état thrombophilique sous-jacent est administré parallèlement au traitement interventionnel.

Non traité, le syndrome a une mortalité rapportée de 80 %. Au cours des dernières décennies, le pronostic s'est considérablement amélioré grâce aux progrès et aux nouvelles modalités de diagnostic et de traitement de la maladie.

Antécédents et examen physique :

douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit

hépatomégalie

ascite

jaunisse

splénomégalie

saignement gastro-intestinal

œdème de la jambe

collatérales veineuses tronculaires

encéphalopathie hépatique

Tests de diagnostic

1ers Tests sur Commande

dépistage de la thrombophilie

échographie Doppler couleur et pulsée

LFT

BUN et créatinine

profil de coagulation

Radio-Canada

Mutation Janus kinase 2 (JAK2)

cytométrie en flux pour les cellules sanguines déficientes en CD55 et CD59

gradient d'albumine sérique-ascite (SAAG)

protéine ascitique totale

TDM de l'abdomen

IRM de l'abdomen

phlébographie hépatique

Angiographie par résonance magnétique tridimensionnelle avec contraste

biopsie hépatique transjugulaire

biopsie de moelle osseuse

Occlusion de l'intestin grêle

Définition

L'occlusion de l'intestin grêle est une perturbation mécanique de la perméabilité du tractus gastro-intestinal, entraînant une combinaison de vomissements (qui peuvent être bilieux), de constipation absolue et de douleurs abdominales.

L'obstruction de l'intestin grêle est une perturbation mécanique de la perméabilité du tractus gastro-intestinal.

il s'agit d'une urgence médicale qui nécessite un diagnostic et une intervention précoces.

Il se présente généralement par des symptômes combinés de douleurs abdominales, de ballonnements, de vomissements et d'incapacité à évacuer les flatulences ou les selles par le rectum.

Le diagnostic repose généralement sur les caractéristiques cliniques et radiographiques.

Le traitement implique une combinaison de décompression nasogastrique et de liquides intraveineux. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire, le diagnostic nécessite donc une évaluation chirurgicale urgente.

Les patients traités à temps ont un très bon pronostic. Si elle n'est pas traitée, elle est souvent mortelle.

Antécédents et examen physique :

constipation/incapacité à évacuer les flatulences ou les selles

douleur abdominale

vomissement

distension abdominale

des douleurs abdominales

péritonite

masse abdominale palpable

masse rectale palpable

nausée

fièvre

tachycardie

léthargie sévère

hypotension

diarrhée

gonflement de l'aine

Tests de diagnostic

1ers Tests sur Commande

scanner abdominal

Radio-Canada

CHIGNON

panneau d'électrolyte

Autres tests à considérer

radiographies abdominales

étude de contraste hydrosoluble

laparotomie

laparoscopie

échographie abdominale

IRM abdominale

Obstruction du gros intestin

Définition

Urgence chirurgicale lorsqu'une interruption mécanique (complète ou partielle) du flux du contenu intestinal se produit, avec de multiples causes potentielles (par exemple, maladie colorectale maligne, volvulus du côlon, sténose bénigne). Ce sujet couvre l'obstruction acquise chez l'adulte.

L’occlusion du gros intestin est une urgence chirurgicale qui doit être rapidement différenciée de la pseudo-obstruction afin de garantir un traitement opportun et correct. Les signes et symptômes classiques sont des douleurs abdominales, une distension, des vomissements, des nausées et une constipation absolue.

L’âge du patient peut aider à déterminer la cause la plus probable.

Envisager une tumeur maligne chez tous les patients présentant une occlusion du gros intestin.

Suspecter une perforation intestinale en cas de tachycardie persistante, de fièvre et/ou de douleurs et de sensibilité abdominales.

Antécédents et examen physique :

Facteurs clés

coliques, douleurs abdominales

distension abdominale

abdomen tympanique

changement dans les habitudes intestinales

selles dures

rectum vide

selles molles

perte de poids récente

saignement rectal

bruits intestinaux anormaux

masse rectale palpable

masse abdominale palpable

test de sang occulte dans les selles positif

fièvre

des douleurs abdominales

rigidité abdominale

ténesme

histoire de radiothérapie

antécédents de symptômes gynécologiques

nausée et vomissements

gonflement de l'aine

masse pelvienne

ingestion de corps étranger

Tests de diagnostic

1ers Tests sur Commande

Radio-Canada

électrolytes sériques

fonction rénale

amylase/lipase sérique

études de coagulation

radiographie abdominale simple

Autres tests à considérer

CT abdomen et bassin

lavement de contraste

endoscopie flexible/rigide

biopsie

Le syndrome d'Ogilvie

Également connu sous le nom de pseudo-obstruction aiguë du côlon

Défini comme une occlusion du gros intestin dans laquelle aucune lésion obstructive ne peut être identifiée

Facteurs prédisposants : intervention chirurgicale récente, troubles neurologiques sous-jacents, maladie grave

Généralement présent chez les patients présentant des comorbidités aiguës concomitantes

Les signes et symptômes présentés sont les mêmes que ceux de [[obstruction du gros intestin :

Un intestin dilaté peut être palpable

Des signes évocateurs d'une déshydratation, d'une septicémie et d'une gangrène/perforation peuvent être présents, en fonction de l'étendue de la progression.

Des signes péritonéaux et de la fièvre suggèrent une perforation

Volvulus gastrique

Rotation anormale de l'estomac autour de son axe court ou long

Rare mais potentiellement mortel en raison du risque qu'un volvulus non traité évolue vers un étranglement et provoque une ischémie et une perforation gastriques.

Habituellement associé à une hernie para-œsophagienne ou à une éventration diaphragmatique

Apparaissent généralement relativement bien jusqu'à ce qu'elles évoluent vers une ischémie gastrique

Douleurs ou sensibilité abdominales et distension, en particulier dans la partie supérieure de l'abdomen

Vomissements, haut-le-cœur qui ne répondent souvent pas aux antiémétiques

Occlusion intestinale maligne

L’occlusion intestinale en cas de malignité est d’étiologie complexe

La physiopathologie sous-jacente implique souvent une combinaison d'obstruction mécanique physique et de problèmes liés à l'iléus/à la motilité, généralement chez les patients présentant des métastases péritonéales disséminées.

Causes courantes :

Tumeurs malignes pelviennes, en particulier le cancer de l'ovaire

Tumeurs gastro-intestinales telles que le cancer colorectal du pancréas

Souvent, une évolution croissante et décroissante de nausées et de vomissements avec une diminution de la fréquence des selles et une distension abdominale pendant quelques semaines.

À mesure que la maladie progresse, une occlusion intestinale mécanique évidente peut se développer. Voir Occlusion de l'intestin grêle#Caractéristiques cliniques

Iléus

Échec ou insuffisance du mouvement péristaltique du tractus gastro-intestinal qui déplace normalement le contenu gastro-intestinal de la bouche à l'anus.

On pense qu'il est causé par une perturbation des réflexes neuronaux et/ou neuro-hormonaux qui régulent normalement la motilité intestinale.

Plusieurs causes possibles – probablement une maladie inflammatoire

Induite par les opioïdes

Postopératoire (irritation plus ou moins opioïdes)

Déséquilibre électrolytique (hypokaliémie, hypomagnésémie)

Pseudo-obstruction colique (alias syndrome d'Ogilvie)

Iléus biliaire, pancréatite

Péritonite (exemple : suite à une infection, une tumeur maligne, un traumatisme)

Colite à Clostridium difficile

Brûlures, syndrome d'irradiation aiguë

Iléus spastique (rare : porphyrie ou intoxication au plomb)

Caractéristiques cliniques :

Douleur/distension abdominale

Nausées/vomissements, incapacité à tolérer une alimentation PO/entérale

Constipation

Bruits intestinaux absents ou hypoactifs

Peut produire une ischémie intestinale, une perforation intestinale, un syndrome du compartiment abdominal

Volvulus (en pédiatrie)

2 types : volvulus sigmoïde et caecal

Urgence chirurgicale

Peut survenir à tout moment

1ère semaine de vie : 33%

1er mois de vie : 50%

1ère année de vie : 85%

Caractéristiques cliniques :

Triade classique : douleurs abdominales, augmentation de la distension abdominale, constipation

Présentation alternative : vomissements bilieux, distension abdominale, sensibilité et masse palpable

Vomissements observés dans 50 % des cas

Choc et péritonite si perforation

Colite stercorale

Colite inflammatoire liée à une augmentation de la pression intraluminale due à des matières fécales incluses dans le côlon

La pression peut provoquer une ulcération et finalement une perforation

Maladie rare

Principalement chez les patients âgés, en maison de retraite ou chez les jeunes patients présentant une déficience neurologique, une consommation chronique d'opioïdes

Caractéristiques cliniques

Antécédents de constipation chronique

Peut être asymptomatique ou ne présenter que de légères douleurs abdominales aux premiers stades

Douleurs/sensibilité abdominales, distension, vomissements sont les symptômes les plus courants

Taux de mortalité entre 32 et 59 % si associé à une perforation

Obstruction du gros intestin

Beaucoup moins fréquent que l'occlusion de l'intestin grêle, mais plus inquiétant (souvent associé à une tumeur maligne)

Occlusion du gros intestin : plus fréquente chez les personnes âgées et a généralement un début plus insidieux que l'occlusion de l'intestin grêle

Se produit le plus souvent dans le côlon gauche (descendant)

Une obstruction provenant du côlon gauche est susceptible de se manifester par des symptômes plus tôt qu'une obstruction provenant du côlon droit, car la lumière du côlon descendant et du sigmoïde est plus petite.

Causes :

Tumeur (cause la plus fréquente).

Adhésions.

Maladie diverticulaire.

Impaction fécale.

Hernies.

Restrictions.

Pseudo-obstruction (exemple : syndrome d'Ogilvie).

Volvulus.

Caractéristiques cliniques

Douleur abdominale

Distension abdominale

La distension est plus importante si la valvule iléo-cæcale est compétente (elle crée une obstruction en boucle fermée). Si la valvule iléo-cæcale n'est pas compétente, vous êtes également plus susceptible de constater une dilatation de l'intestin grêle [2].

Obstipation

Vomissement

Masse abdominale palpable (peut être un intestin distendu ou une tumeur provoquant une obstruction)

La fièvre et la tachycardie doivent inciter à rechercher une gangrène et une perforation.

Rétention urinaire aiguë

Urgence urologique caractérisée par une incapacité soudaine à uriner

La cause la plus fréquente est l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Rare chez la femme

Caractéristiques cliniques :

Patient présentant une rétention urinaire aiguë et une distension vésicale dramatique.

Distension abdominale sus-pubienne et/ou douleur

Fréquence, urgence, hésitation, dribbles, diminution du flux mictionnel

Intussusception

Cause la plus fréquente d'occlusion intestinale entre 6 mois et 6 ans

Survient généralement entre 6 et 36 mois

En raison du télescopage d'une partie de l'intestin dans une autre

Atteinte mésentérique > ischémie, selles sanglantes/muqueuses

En Pédiatrie :

Généralement pas de lésions pathologiques

Si > 6 ans, plus susceptible d'avoir un point d'avance

Points principaux : plaques de Peyer, diverticule de Meckel, kyste de duplication, polype, tumeur, hématome, malformation vasculaire, parasite (exemple : Ascaris), purpura d'Henoch-Schonlein

Légère prédominance masculine - 3:2

Caractéristiques cliniques

Des épisodes de douleur intermittents sont souvent présents et peuvent être associés à d'autres symptômes tels que :

Vomissements (non bilieux, stades bilieux avancés)

L'enfant remonte les genoux vers la poitrine

Périodes asymptomatiques entre les épisodes pendant lesquelles le patient ne ressent aucune douleur

Peut être complètement bénin, souriant, joueur

Suspecter une invagination s'il y a de brefs épisodes de douleur récurrents, surtout si l'enfant est réveillé du sommeil

Les stades ultérieurs peuvent être associés à une léthargie

Peut se présenter comme une léthargie seule (intussusception neurologique), sans aucune des triades classiques

Une invagination neurologique a également été décrite comme se manifestant par une convulsion isolée et des douleurs abdominales.

Triade classique :

La triade classique ne peut être présente que dans 21 % des cas

Douleurs abdominales soudaines causées par des coliques

Masse palpable en forme de saucisse à droite

Selles de gelée de groseille (seulement 50 % des cas ; manifestation tardive de la maladie)

Adultes

Présentent généralement des symptômes d'occlusion partielle/de l'intestin grêle

Vomissements, saignements rectaux, constipation

Distension abdominale

Stade avancé : sepsis

Leucémie (En pédiatrie)

Cancer le plus fréquent chez les enfants (33 % de toutes les tumeurs malignes)

La plupart sans cause, mais l'incidence augmente avec l'âge paternel, la perte fœtale maternelle, un poids de naissance plus élevé, des groupes familiaux et certains syndromes génétiques (syndrome de Down)

Caractéristiques cliniques

Présentation

Hépatomégalie et/ou splénomégalie avec perte de poids, distension abdominale ou douleurs abdominales

Lymphadénopathie

Fièvre

Saignements (pétéchies, purpura), faible nombre de plaquettes, anémie

Douleurs MS, claudication, refus de supporter le poids

Une masse médiastinale antérieure plus importante pourrait provoquer un syndrome de SVC

Infiltration et insuffisance médullaire

Pâleur, fatigue, saignements faciles, fièvre, infection

Douleurs osseuses/arthralgie

Hépatomégalie ou splénomégalie

Hyperleucocytose

Cliniquement significatif lorsque le nombre de globules blancs > 200 K dans la leucémie myéloïde aiguë > 300 K dans la leucémie lymphoïde aiguë

Circulation cérébrale : maux de tête, altération de l'état mental, troubles visuels, convulsions, accident vasculaire cérébral

Circulation pulmonaire : essoufflement, hypoxémie

Anorexie nerveuse

Associé à une perturbation de l’image corporelle

Généralement observé chez les adolescentes

3ème maladie chronique la plus courante chez les adolescentes

Risque à vie

L’image corporelle est la mesure prédominante de l’estime de soi

Mortalité de 6 à 20 %, la plus élevée de tous les troubles psychiatriques

Caractéristiques cliniques :

Critères diagnostiques

Limitation de l'apport énergétique par rapport aux besoins, conduisant à un poids corporel significativement faible en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire de développement et de la santé physique. Un poids significativement faible est défini comme un poids inférieur au minimum normal ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au minimum attendu.

Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui interfère avec la prise de poids, même à un poids significativement faible.

Perturbation dans la façon dont le poids ou la forme du corps est perçu, influence indue du poids ou de la forme du corps sur l'auto-évaluation, ou manque persistant de reconnaissance de la gravité du faible poids corporel actuel.

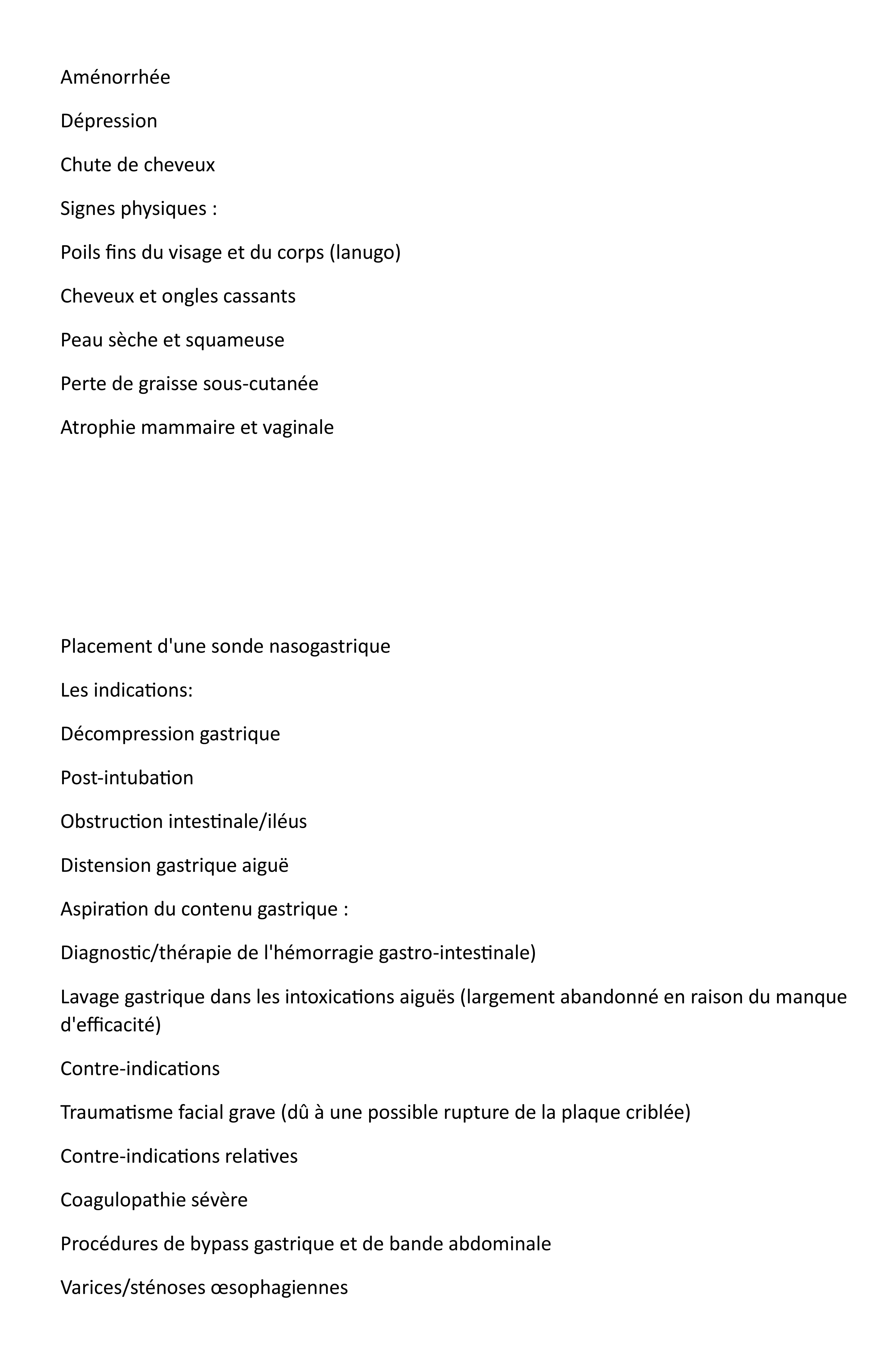
Symptômes :

Constipation

Douleur abdominale

Fatigue

Faiblesse



Aménorrhée

Dépression

Chute de cheveux

Signes physiques :

Poils fins du visage et du corps (lanugo)

Cheveux et ongles cassants

Peau sèche et squameuse

Perte de graisse sous-cutanée

Atrophie mammaire et vaginale

Placement d'une sonde nasogastrique

Les indications:

Décompression gastrique

Post-intubation

Obstruction intestinale/iléus

Distension gastrique aiguë

Aspiration du contenu gastrique :

Diagnostic/thérapie de l'hémorragie gastro-intestinale)

Lavage gastrique dans les intoxications aiguës (largement abandonné en raison du manque d'efficacité)

Contre-indications

Traumatisme facial grave (dû à une possible rupture de la plaque criblée)

Contre-indications relatives

Coagulopathie sévère

Procédures de bypass gastrique et de bande abdominale

Varices/sténoses œsophagiennes

Antécédents d'ingestion d'alcalis

Maladie coeliaque

Aussi connu sous le nom de « Sprue coeliaque »

Affecte 0,6 à 1,0 % de la population mondiale

Se produit dans les pays industrialisés et les pays en développement parmi toutes les ethnies et races

Se produit chez les enfants et les adultes

1,5 à 2 fois plus répandu chez les femmes que chez les hommes

Le gluten se trouve dans le blé, le seigle et l'orge

Associé à de forts antécédents familiaux, au diabète de type 1, à des troubles auto-immuns de la thyroïde ainsi qu'à d'autres troubles auto-immuns, au syndrome de Turner et au syndrome de Down.

L'infection à rotavirus chez les enfants augmente le risque de développer une maladie

L'allaitement réduirait le risque de 50 %

Caractéristiques cliniques:

Fonctionnalités classiques

Se présente classiquement vers l'âge de 6 à 18 mois lorsque des aliments contenant du gluten sont introduits, mais peut survenir à tout moment

Diarrhée chronique

Perte de poids

Distension abdominale

Carence en fer avec ou sans anémie

Stomatite aphteuse

Petite taille

Niveaux élevés d'aminotransférases

Fatigue chronique

Densité minérale osseuse réduite

Carence en vitamine D

Caractéristiques atypiques :

Peu ou pas de symptômes gastro-intestinaux

Enfants plus âgés ou adultes

Dermatite herpétiforme

Ataxie du gluten

Silencieux ou asymptomatique

Les patients ne présentent aucun symptôme

Diagnostiqué sur la base de la sérologie de l'histologie

Trouvé chez les patients ayant de forts antécédents familiaux de maladie, de maladies auto-immunes, de troubles chromosomiques (syndrome de Down)

Forme réfractaire

Symptômes persistants ou récurrents ou atrophie villeuse malgré un régime sans gluten depuis 12 mois

Crise coeliaque :

Mettant la vie en danger

Souvent observé après un stimulus immunitaire général tel qu'une intervention chirurgicale ou une infection

Surtout observé chez les enfants

Diarrhée sévère

Hypoprotéinémie

Troubles métaboliques et électrolytiques

Ascite.

Accumulation anormale de liquide péritonéal

Le plus souvent causé par une hypertension portale

Le liquide ascitique peut s'infecter (péritonite bactérienne spontanée), entraînant un taux de mortalité compris entre 30 % et 90 %

Causes :

Cirrhose 81%

Malignité 10 %

Insuffisance cardiaque 3 %

Tuberculose 2%

Autres 4%

Caractéristiques cliniques

Ascite secondaire à une cirrhose.

Distension abdominale plus ou moins inconfort

Vague fluide

Plus ou moins essoufflement en cas de quantité massive

Diagnostic d'ascite :

Le diagnostic différentiel de l'ascite est souvent clarifié par le calcul du gradient albumine sérique/ascite.

Taux élevé d'albumine sérique jusqu'à l'ascite > 1,1 g/dL : indicatif d'une hypertension portale

Cirrhose

Insuffisance cardiaque

Une protéine totale d'ascite > 2,5 g/dL suggère une ascite cardiaque

Hépatite alcoolique

Syndrome de Budd-Chiari

Thrombose de la veine porte

Faible taux d'albumine sérique jusqu'à l'ascite < 1,1 g/dL

Tumeur maligne / carcinose péritonéale

Le syndrome néphrotique

Pancréatite

Tuberculose péritonéale

Sérosite

Infarctus de l'intestin

Chylous

Notes : SAAG = albumine sérique − albumine ascitique

Gestion :

Restriction en sel

Efficace chez environ 15 % des patients

Diurétiques

Spironolactone

Dose initiale = 100 mg par jour Per Os (max 400 mg par jour)

40% des patients répondront

Furosémide

40 mg/jour Per Os (max 160 mg par jour)

Ratio de 100:40 avec de la spironolactone (réduit les risques de prob potassique)

Restriction d'eau

Paracentèse

Envisagez une transplantation hépatique et un shunt

Adhérences abdominales :

Les adhérences abdominales (ou adhérences intra-abdominales) sont le plus souvent causées par des interventions chirurgicales abdominales. Les adhérences commencent à se former quelques heures après l'intervention chirurgicale et peuvent provoquer la fixation d'organes internes au site chirurgical ou à d'autres organes de la cavité abdominale. La torsion et la traction des organes internes liées à l'adhérence peuvent entraîner des complications telles que des douleurs abdominales ou une occlusion intestinale.

L'occlusion de l'intestin grêle est une conséquence importante des adhérences post-chirurgicales.

Adhérences abdominales :

Une occlusion de l'intestin grêle peut survenir lorsqu'une adhérence tire ou plie l'intestin grêle et empêche l'écoulement du contenu dans le tube digestif. Une obstruction peut survenir 20 ans ou plus après l'intervention chirurgicale initiale, si une adhérence auparavant bénigne permet à l'intestin grêle de se tordre spontanément sur lui-même et de s'obstruer. Sans soins médicaux immédiats, l'obstruction de l'intestin grêle est une affection émergente, voire mortelle.

Adhérences pelviennes :

Les adhérences pelviennes sont une forme d'adhérences abdominales dans le bassin. Chez les femmes, ils affectent généralement les organes reproducteurs et sont donc préoccupants en matière de reproduction ou en tant que cause de douleurs pelviennes chroniques. Outre la chirurgie, l'endométriose et la maladie inflammatoire pelvienne sont des causes typiques.

Une intervention chirurgicale à l'intérieur de la cavité utérine (exemple : dilatation par aspiration et curetage, myomectomie, ablation de l'endomètre) peut entraîner le syndrome d'Asherman (également appelé adhérences intra-utérines, synéchies intra-utérines), cause d'infertilité.

Mégacôlon toxique

Dilatation du côlon ≥ 6 cm

Thérapie : fluides, reconstitution électrolytique, stéroïdes, antibiotiques, consultation chirurgicale

ÉVITER les anticholinergiques, les agents anti-motilité, les opioïdes

Le plus souvent Maladie inflammatoire de l'intestin (Colite ulcéreuse >>> Maladie de Crohn)

Bactérienne (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridioides difficile, Yersinia, Escherichia coli)

Viral (Cytomégalovirus, Rotavirus)

Fongiques/Protozoaires (Aspergillus, Entamoeba, Cryptosporidium)

Médicaments (agents anti-motilité, anticholinergiques, opioïdes)

Causes moins fréquentes (colite ischémique, colite collagène, cancer colorectal obstructif, lymphome du côlon, sarcome de Kaposi, chimiothérapie)

Population pédiatrique (maladie de Hirschsprung, syndrome hémolytique et urémique)

Population VIH/SIDA (cytomégalovirus, Clostridioides difficile)

Caractéristiques cliniques:

Douleur abdominale plus ou moins Distension

Fièvre

Tachycardie

Diarrhée, ± sanglante

Hypotension

État mental altéré

Perforation intestinale

Péritonite

Septicémie

Neuropathie entérique

La neuropathie entérique est une maladie neuromusculaire dégénérative du système digestif. En termes simples, l'intestin cesse de fonctionner en raison de la dégradation des nerfs et des muscles. La maladie affecte toutes les parties du tube digestif. Il n'existe actuellement aucun remède ou traitement connu pour la neuropathie entérique ; il est uniquement possible de travailler sur la gestion des symptômes.

Symptômes et signes :

Le principal symptôme de la neuropathie entérique est une douleur intense et constante. D'autres symptômes comprennent des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la constipation, des ballonnements et des anomalies abdominales. De plus, la malabsorption et une mauvaise alimentation sont courantes, car le système digestif commence à échouer. La gestion des symptômes est très importante et la priorité principale est généralement de maîtriser la douleur. Cependant, comme la plupart des gens attendent un diagnostic depuis des années, ils sont souvent déjà dépendants des analgésiques (tels que le tramadol et l'oramorph) et ceux-ci ont des effets indésirables sur la maladie primaire.

Neuroblastome (pédiatrie)

Issu des cellules ganglionnaires primitives du système nerveux sympathique

Synthétiser et sécréter des catécholamines

Tumeur la plus courante au cours de la première année de la vie

Peut survenir n’importe où le long du système nerveux sympathique

Glande surrénale (40%)

Abdomen (25%)

Poitrine (15%)

Les metets sont plus fréquents dans les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse, l'os cortical, la dure-mère, les orbites, le foie et la peau.

Caractéristiques cliniques

Cela dépend de l'emplacement

Masse abdominale

Les 2/3 des neuroblastomes primaires surviennent dans l'abdomen

Douleur abdominale ou constipation

Proptose ou ecchymoses périorbitaires

Syndrome de Horner : myosis, ptosis, anhidrose

Masse paraspinale

Compression de la moelle épinière, qui peut provoquer des maux de dos ou une faiblesse localisés

Symptômes systémiques, douleurs osseuses, anémie

Opsoclonie-myoclonie : mouvements oculaires rapides et dansants, secousses rythmiques du tronc ou des membres et/ou ataxie

syndrome paranéoplasique fortement associé au neuroblastome

La neutropénie/pancytopénie suggère une atteinte de la moelle osseuse

Tumeur de Wilms

Touche les enfants < 15 ans, 2/3 des cas diagnostiqués avant l'âge

Provient de cellules rénales embryonnaires persistantes

Malignité rénale la plus courante chez les enfants

10 à 15 % auront des mets à la présentation (poumons)

10% des cas sont associés à des syndromes malformatifs tels que WAGR, Denys-trash, Beckwith-Wiedemann

Caractéristiques cliniques

Gonflement/masse abdominale, peut entraîner des douleurs abdominales

Évitez toute palpation vigoureuse pour éviter une rupture capsulaire ; provoque une propagation de la tumeur (nécessitera alors un traitement plus intensif)

L'hémorragie sous-capsulaire se manifeste par une hypertrophie abdominale, une anémie, une hypertension et éventuellement de la fièvre.

Le patient semble souvent bien

Les symptômes moins fréquents comprennent des douleurs abdominales, une hématurie, de la fièvre, de l'anorexie, des nausées/vomissements, de l'hypertension.

Cancer colorectal

Le cancer colorectal est extrêmement courant

Caractéristiques cliniques

Asymptomatique, croît souvent lentement pendant une longue période avant d'être symptomatique.

Saignement gastro-intestinal inférieur (sang rouge vif occulte ou visible par rectum/hématochezia)

Fatigue, faiblesse généralisée due à l'anémie

Modification des habitudes intestinales, constipation, ténesme dans le cancer rectal

Obstruction si masse suffisamment importante (côlon gauche > droit)

Douleur abdominale

Douleur focale ou péritonite si perforation

Les signes/symptômes d'une maladie métastatique (exemple : hépatomégalie, ascite, lymphadénopathie) peuvent être une présentation initiale

Syndrome de Budd-Chiari

Rare

Causée par l'occlusion des veines hépatiques, 75 % primaire (thrombose), 25 % secondaire (compression massique)

Fulminant, aigu, chronique ou asymptomatique.

Caractéristiques cliniques

Triade classique :

Douleur abdominale

Ascite

Hépatomégalie

Hernie

Classification

Hernie réductible :

Sac herniaire souple, facile à remplacer à travers le défaut herniaire

Hernie incarcérée :

Sac herniaire ferme, souvent douloureux, non réductible

Hernie d'étranglement :

Altération du flux sanguin

Douleur intense au site de la hernie

Signes d'obstruction intestinale

Des changements cutanés recouvrant le sac herniaire peuvent être observés

Les types

Inguinal (75%)

Type de hernie le plus courant chez les hommes et les femmes

Se présente sous forme de masse à l'aine

Indirect (50%)

La hernie passe de l'anneau inguinal au scrotum (en raison d'un processus vaginal persistant)

Direct (25%)

La hernie traverse directement le fascia transversal dans le triangle de Hesselbach

Hernie ventrale

En raison d'un défaut de la paroi abdominale antérieure (spontanée ou acquise)

Hernie incisive

En raison d'une tension excessive des parois ou d'une cicatrisation inadéquate / d'une infection de la plaie chirurgicale

Hernie ombilicale

En raison de conditions qui augmentent la pression intra-abdominale (ascite, grossesse, obésité)

Peut s'ulcérer à cause d'une ascite, voir Syndrome d'inondation

Hernie spigélienne

Aussi connue sous le nom de hernie ventrale latérale

Conditions presque toujours acquises

Difficile de diagnostiquer

La présentation classique est une douleur abdominale associée à une masse de la paroi abdominale latérale antérieure

L'examen physique n'est pas fiable ; une imagerie (US ou CT) est souvent nécessaire

Hernie fémorale

Ratio femmes:hommes de 10:1

Le sac herniaire dépasse du canal fémoral

La masse est généralement située en dessous de l'anneau inguinal

Particulièrement sujet aux complications

Obsturateur

Hernie intestinale par canal obturateur

Se présente presque toujours comme une occlusion intestinale partielle ou complète

Taux de complications élevé

Richter

Implique uniquement le bord antimésentérique de l’intestin et seulement une partie de la paroi

Se présente souvent sans vomissements ni occlusion intestinale

En conséquence, il est plus probable de diagnostiquer une fois que la paroi a commencé à devenir ischémique

Caractéristiques cliniques

Hernie (généralement) palpable à l'examen

Si incarcéré, non réductible

En cas d'étranglement, non réductible et peut présenter des modifications cutanées sus-jacentes

Plus ou moins Douleur abdominale/aine/testiculaire

Signes/symptômes plus ou moins d'occlusion de l'intestin grêle, péritonite en cas d'étranglement

Bézoard

Masse dans le système gastro-intestinal

Constitué de matière organique ou inorganique

Généralement en mangeant des cheveux ou des matières non digestibles

Les facteurs de risque comprennent une déficience intellectuelle ou des troubles émotionnels

Plus fréquent chez les femmes âgées de 10 à 19 ans

Facteurs de risque

Dysmotilité gastrique

Obstruction de la sortie gastrique

Déshydratation

Médicaments

Anticholinergique

Opiacés

Types de bézoards

Bolus alimentaires

Lactobézoard (observé chez les prématurés recevant du lait maternisé)

Pharmacobézoards (médicaments, en particulier les surdoses de médicaments à libération prolongée

Phytobézoards (matière végétale non digestible)

Trichobézoard (cheveux)

Caractéristiques cliniques

Indigestion

Douleur abdominale

Nausée et vomissements

Diarrhée

Ulcerès Gastriques

Gastrite

Inflammation de la muqueuse de l'estomac

Peut survenir de manière aiguë ou chronique

Peut conduire à un ulcère gastroduodénal

Causes

Helicobacter pylori

Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens

éthanol

Maladie grave (ulcère de Cushing)

Augmentation de la pression intracrânienne, stimulation des noyaux vagaux, augmentation de la sécrétion d'acide gastrique

Caractéristiques cliniques

Douleur épigastrique rongeante ou brûlante

Nausées Vomissements

Satiété précoce, ballonnements

Brûlures d'estomac

Ulcère gastroduodénal

Ulcérations récurrentes de l'estomac et du duodénum proximal

Défaut de la paroi gastrique ou duodénale qui s'étend à travers la muqueuse musculaire jusque dans les couches plus profondes de la paroi

La majorité des cas sont liés à l'utilisation de H. pylori ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

Helicobacter pylori retrouvé dans 30 à 40 %

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens inhibent la synthèse des prostaglandines (diminuent la production de mucus et de bicarbes)

La perforation se produit le plus souvent dans la paroi antérieure du duodénum.

Caractéristiques cliniques

Non perforé

Douleur épigastrique brûlante

Peut réveiller le patient la nuit (contenu gastrique vide)

L'apparition soudaine d'une douleur intense peut indiquer une perforation

L'apparition brutale de maux de dos peut indiquer une pénétration dans le pancréas

Les symptômes suivants ne sont PAS associés à l'ulcère gastroduodénal :

Douleurs postprandiales, intolérance alimentaire, nausées, douleurs rétrosternales, éructations

Abcès du psoas

Primo-infection

Le muscle psoas est sensible aux infections provenant de sites éloignés en raison de la richesse de son apport sanguin et de la proximité des canaux lymphatiques rétropéritonéaux sus-jacents.

Infection secondaire

Propagation/extension directe via une infection adjacente

S. aureus est l'agent pathogène le plus courant (80 %)

Caractéristiques cliniques

Découverte tardive d'un gros abcès du psoas évoluant vers une masse visible de la fesse gauche avec éruption cutanée érythémateuse.

Douleur abdominale irradiant vers la hanche, le flanc

Douleur à la flexion de la cuisse (surtout contre la résistance)

Mous

Fièvre

Nausée

Mal au dos

Torsion ovarienne

La torsion ovarienne est la rotation de l'ovaire et d'une partie de la trompe de Fallope sur le pédicule vasculaire fournissant.

Appelé torsion annexielle et torsion tubo-ovarienne

Se produit chez les femmes de tous âges

Plus fréquent chez les adultes en âge de procréer

Chez les enfants, elle est plus fréquente entre 9 et 14 ans.

Facteurs de risque:

Masse ovarienne

Traitements de fertilité

Les kystes ovariens (généralement > 4 cm) et les néoplasmes représentent 94 % des cas chez l'adulte.

Torsion plus fréquente à droite, car le côlon sigmoïde a tendance à stabiliser la gauche

Chez l'enfant, l'hypermobilité de l'ovaire peut être la principale cause de torsion

Double apport sanguin provenant des artères ovariennes et utérines

Caractéristiques cliniques

Nausées/vomissements (70 %)

Douleur soudaine et aiguë dans le bas-ventre (50%)

Peut être intermittent et insidieux, en particulier chez les personnes ayant des antécédents de kystes, syndrome des ovaires polykystiques

Se produit généralement simultanément avec des vomissements

Peut survenir par intermittence pendant des jours, voire des mois, avant que le diagnostic ne soit posé

Jusqu'à 30 % n'ont aucune sensibilité à l'examen bimanuel

La plupart des adultes présentant une torsion ovarienne ont des ovaires anormaux ou hypertrophiés qui servent de point principal à la torsion, mais la torsion est plus susceptible de se produire dans des ovaires de taille normale en pédiatrie[7]

Plus de 50 % des cas n'ont pas de masse annexielle palpable

Fièvre (<2%)

Jusqu'à 20 % des cas observés chez des femmes enceintes, la plupart au cours du 1er trimestre et/ou ayant reçu des traitements de fertilité.

Sténose pylorique

Plus fréquent chez les hommes (5:1) et les premiers-nés (30 %)

La prématurité et l'utilisation de macrolides seraient également des facteurs de risque

Cause chirurgicale la plus courante de vomissements chez les nourrissons

Le principal critère diagnostique est une mesure de plus de 3 mm d'épaisseur de la couche musculaire à l'échographie.

L'allongement anormal du canal est caractérisé comme étant supérieur à 17 mm de longueur.

Caractéristiques cliniques

Les symptômes commencent généralement entre l'âge de 3 et 6 semaines, rarement après 12 semaines.

Vomissements, immédiatement postprandiaux, non bilieux, souvent projectiles, mais désir de se nourrir (« vomissement affamé »)

Masse palpable dans le quadrant supérieur droit jusqu'à la région épigastrique après un vomissement, avec parfois une onde de liquide péristaltique inversée traversant l'abdomen.

En l'absence de traitement, on observera des signes de déshydratation, de perte de poids, de léthargie, de choc.

Anévrisme de l'aorte abdominale

Différents types

Fusiforme – Renflement ou ballonnement de tous les côtés de l'aorte ; plus commun

Sacculaire : gonflement ou gonflement d'un seul côté de l'aorte

Mycotique – Causée par une infection de la paroi vasculaire

Peut être bactérien, viral ou fongique

Peut être une complication d'une endocardite infectieuse

Risque accru de rupture

Diamètre sous-rénal > 3 cm ou augmentation > 50 % de la taille du diamètre

85% des cas sont sous-rénaux

Rupture possible à n'importe quelle taille, le plus souvent > 5 cm

Mortalité avec rupture : 85 à 90%

Facteurs de risque

Sexe (ratio hommes/femmes 4:1)

Fumeur

Facteur de risque le plus fortement associé à l'anévrisme de l'aorte abdominale

Favorise également le taux de croissance des anévrismes

Relation directe entre le risque et le nombre d'années de tabagisme

Âge (la prévalence est négligeable chez les personnes < 50 ans)

Histoire de famille

Hypertension

Hyperlipidémie

Utilisation de fluoroquinolone

Caractéristiques cliniques

La triade classique (seulement 50% des cas) est douleur + hypotension + masse pulsatile

Douleur souvent décrite comme soudaine, sévère, irradiant vers le dos, de qualité déchirante

Syncope (10 %)

Signes d'hémorragie rétropéritonéale

Hémorragie gastro-intestinale massive due à une fistule aorto-entérique

Douleur + Anévrisme de l'aorte abdominale = rupture jusqu'à preuve du contraire

Abdomen aigu + hypotension = rupture possible

Une hématurie macroscopique peut être causée par une fistule aorto-cave (très rare)

Les anévrismes non rompus sont souvent asymptomatiques

Carcinome hépatocellulaire

Forme la plus courante de cancer du foie

Survie moyenne de 6 à 20 mois, stable au fil des années malgré les progrès du diagnostic et des thérapies dirigées vers le carcinome hépatocellulaire

La résection chirurgicale avec transplantation reste la meilleure chance de guérison

Cependant, < 20 % des patients répondent aux critères de résection au moment du diagnostic

Ainsi, un diagnostic précoce constitue l’étape la plus importante dans la prise en charge du carcinome hépatocellulaire.

Caractéristiques cliniques

Les facteurs de risque comprennent :

Hépatite B ou C

Toxines (alcool ou aflatoxine)

Conditions métaboliques (hémochromatose, déficit en alpha 1-antitrypsine, stéatose hépatique non alcoolique)

Évaluation

Scanner de contraste triphasique du carcinome hépatocellulaire.

Tests de la fonction hépatique, formule sanguine complète, gamma-glutamyl transférase

Calcium. Le calcium joue un rôle dans le maintien du fonctionnement de vos cellules comme elles le devraient. Cela aide également le sang à coaguler normalement.

Gaz carbonique. Cela peut permettre de mesurer le fonctionnement de vos reins et de vos poumons.

Chlorure. Il s'agit d'une mesure liée à la façon dont votre corps gère les fluides.

Créatinine. Il s'agit d'un sous-produit du fonctionnement normal de vos reins, et les niveaux peuvent indiquer le bon fonctionnement de vos reins.

Glucose. Le glucose, ou sucre dans le sang, est une source d’énergie essentielle pour votre corps, mais un excès ou un manque d’énergie peut poser problème.

Potassium. Ce minéral joue un rôle prépondérant dans la santé cellulaire.

Sodium. Ce minéral joue un rôle clé en garantissant que les cellules, les tissus et le sang disposent de suffisamment d’eau pour bien fonctionner.

Azote d'urée, ou BUN. Il s’agit d’un autre sous-produit de la fonction rénale qui montre le bon fonctionnement de vos reins.

Ultrason

TDM initiale contrastée

TDM et IRM multiphasiques contrastées en non-urgence

Biopsie

Surveillance avec l'alpha-fœtoprotéine (Alpha Fetoprotéine > 400 ng/mL)

Gestion

Traitement symptomatique de soutien des complications et comorbidités

Ictère cirrhotique

Encéphalopathie hépatique

Anasarque

Saignement variqueux

Insuffisance rénale

Métastases extrahépatiques, le plus souvent osseuses, pulmonaires et viscérales abdominales

Processus paranéoplasiques, tels que l'hypoglycémie, l'hypocalcémie, la polyglobulie, le syndrome de féminisation

La diarrhée aqueuse et la déshydratation sont fréquentes dans le carcinome hépatocellulaire avec cirrhose par rapport à la cirrhose seule.

Syndrome du côlon irritable

Critères:

Trois mois de douleurs abdominales :

soulagé par la défécation

associé à un changement de fréquence des selles

lié à un changement dans la consistance des selles

ET, 2 ou plus des symptômes suivants 25 % du temps

Plus de 3 selles par jour ou moins de 3 selles par semaine

forme altérée des selles

passage des selles altéré

passage de mucus

ballonnements

hépatomégalie

Causée par une infection, des tumeurs, des troubles métaboliques, des médicaments

Caractéristiques cliniques

Hépatomegdalie palpable à l'examen chez un patient pédiatrique.

Hypertrophie hépatique palpable (ou radiologiquement appréciée)

Plus ou moins stigmates de dysfonctionnement hépatique

Signes plus ou moins de pathologie causale

Évaluation

Évaluer l'étiologie ; selon la présentation, le bilan peut inclure :

Tests de la fonction hépatique, coagulations

Numération globulaire complète

Calcium. Le calcium joue un rôle dans le maintien du fonctionnement de vos cellules comme elles le devraient. Cela aide également le sang à coaguler normalement.

Gaz carbonique. Cela peut permettre de mesurer le fonctionnement de vos reins et de vos poumons.

Chlorure. Il s'agit d'une mesure liée à la façon dont votre corps gère les fluides.

Créatinine. Il s'agit d'un sous-produit du fonctionnement normal de vos reins, et les niveaux peuvent indiquer le bon fonctionnement de vos reins.

Glucose. Le glucose, ou sucre dans le sang, est une source d'énergie essentielle pour votre corps, mais un excès ou un manque d'énergie peut poser problème.

Potassium. Ce minéral joue un rôle prépondérant dans la santé cellulaire.

Sodium. Ce minéral joue un rôle clé en garantissant que les cellules, les tissus et le sang disposent de suffisamment d'eau pour bien fonctionner.

Azote d'urée, ou BUN. Il s'agit d'un autre sous-produit de la fonction rénale qui montre le bon fonctionnement de vos reins.

Échographie du quadrant supérieur droit

Sérologies d'hépatite aiguë, autres bilans infectieux selon les indications

Niveaux d'acétaminophène, panneau toxique

Bilan d’insuffisance cardiaque congestive en cas de suspicion d’insuffisance cardiaque droite

Consultation gastro-intestinale

Endométriose

Glandes endométriales et stroma sur des sites extra-utérins, généralement dans le bassin mais peuvent se trouver n'importe où dans le corps

Il s’agit d’un trouble courant, bénin et dépendant des œstrogènes.

Peut être associé à des symptômes débilitants

Caractéristiques cliniques

Symptômes classiques : dysménorrhée, douleurs pelviennes, dyspareunie et infertilité

Mnémonique : 3 D : dysménorrhée, dyschésie et dyspareunie

D'autres symptômes peuvent inclure : des saignements utérins anormaux, des douleurs lombaires ou une fatigue chronique.

L'endométriose est généralement détectée comme une découverte fortuite asymptomatique lors d'une échographie pelvienne ou lors d'une intervention chirurgicale.

Pneumothorax cataménial – complication rare impliquant des pneumothorax spontanés récurrents survenant autour des règles

Diagnostic différentiel

Grossesse extra-utérine

Maladie inflammatoire pelvienne

La cystite interstitielle

Adénomyose

Tumeurs ovariennes

Adhérences pelviennes

Syndrome du côlon irritable

Cancer du colon

Maladie diverticulaire

Occlusion intestinale maligne

L’occlusion intestinale en cas de malignité est d’étiologie complexe

La physiopathologie sous-jacente implique souvent une combinaison d'obstruction mécanique physique et de problèmes liés à l'iléus/à la motilité, généralement chez les patients présentant des métastases péritonéales disséminées.

Causes courantes

Tumeurs malignes pelviennes, en particulier le cancer de l'ovaire

Tumeurs gastro-intestinales telles que le cancer colorectal du pancréas

Caractéristiques cliniques

Souvent, une évolution croissante et décroissante de nausées et de vomissements avec une diminution de la fréquence des selles et une distension abdominale pendant quelques semaines.

À mesure que la maladie progresse, une occlusion intestinale mécanique évidente peut se développer. Voir Occlusion de l'intestin grêle#Caractéristiques cliniques

Tumeur stromale gastro-intestinale

Les petites tumeurs stromales gastro-intestinales peuvent ne provoquer aucun symptôme et peuvent se développer si lentement qu'elles ne causent pas de problèmes au début.

À mesure qu’une tumeur stromale gastro-intestinale se développe, elle peut provoquer des signes et des symptômes. Ils peuvent inclure :

Douleur abdominale

Une croissance que vous pouvez sentir dans votre abdomen

Fatigue

Nausée

Vomissement

Douleurs crampes dans l'abdomen après avoir mangé

Ne pas avoir faim quand on s'y attend

Se sentir rassasié si vous ne mangez qu'une petite quantité de nourriture

Selles de couleur foncée causées par un saignement dans le système digestif

Les tumeurs stromales gastro-intestinales peuvent survenir chez les personnes de tout âge, mais elles sont plus fréquentes chez les adultes et très rares chez les enfants.

La cause de la plupart des tumeurs stromales gastro-intestinales n'est pas connue. Un petit nombre sont causés par des gènes transmis des parents aux enfants.

Enquêtes :

Tests d'imagerie : Les tests d'imagerie aident votre équipe soignante à trouver votre tumeur et à voir sa taille.

Les tests peuvent inclure des échographies, des tomodensitogrammes, des IRM et des tomographies par émission de positons (TEP).

Endoscopie supérieure : Ce test utilise un tube long et fin (endoscope) avec une lumière à son extrémité. Le tube passe par la bouche et descend dans la gorge.

Echographie endoscopique : Ce test utilise également un endoscope, mais avec une sonde à ultrasons à l'extrémité de l'endoscope.

Biopsie par aspiration à l'aiguille fine : Ce test prélève un petit échantillon de tissu de la tumeur afin qu'il puisse être testé en laboratoire.

Tests de laboratoire sur biopsies : L'échantillon de biopsie de votre tumeur est envoyé à un laboratoire pour analyse. En laboratoire, des spécialistes testent les cellules pour voir si ce sont des cellules cancéreuses.

Pseudokystes pancréatiques

Un pseudokyste pancréatique est une masse bénigne remplie de liquide qui se développe à l'extérieur de votre pancréas, généralement à la suite d'une pancréatite. Cela peut disparaître tout seul, mais parfois, les prestataires de soins drainent les pseudokystes pour les faire disparaître.

La cause la plus fréquente est la pancréatite, et la cause la plus fréquente de pancréatite entraînant des pseudokystes est la consommation d'alcool. La pancréatite liée à l'alcool représente 70 % des pseudokystes pancréatiques. La pancréatite liée aux calculs biliaires est la deuxième cause en importance. Chez les enfants, il s'agit plus probablement d'un traumatisme.

Les symptômes peuvent inclure :

Douleur abdominale.

Gonflement abdominal.

Perte d'appétit.

Nausées ou vomissements.

Les symptômes de complications, s'ils surviennent, peuvent inclure :

Fièvre ou frissons.

Augmentation du rythme cardiaque.

Vertiges ou étourdissements.

Jaunisse.

Les complications sont peu probables mais possibles, notamment :

Infection : Si la plupart des pseudokystes contiennent principalement du liquide pancréatique, certains peuvent également contenir des morceaux de tissus morts.

Compression des vaisseaux : un gros pseudokyste pourrait potentiellement comprimer un vaisseau sanguin ou un canal biliaire à proximité.

Obstruction gastro-intestinale : Un gros pseudokyste pourrait comprimer et obstruer l'estomac ou l'intestin grêle, empêchant ainsi les aliments de passer.

Hémorragie : Un pseudokyste frottant contre un vaisseau sanguin pourrait potentiellement éroder la paroi du vaisseau, provoquant un saignement.

Diagnostic et tests :

Scanner de contraste ou IRM.

L'échographie endoscopique combine l'endoscopie et l'échographie.

L'aspiration à l'aiguille fine est un type de procédure de biopsie.

Cancer de l'oesophage

La difficulté à avaler est le premier symptôme que les gens peuvent remarquer. Les autres symptômes incluent :

Douleur dans la gorge ou dans le dos, derrière le sternum ou entre les omoplates.

Vomissements ou crachats de sang.

Brûlures d'estomac.

Enrouement ou toux chronique.

Perte de poids involontaire.

Facteurs de risque qui augmentent le risque de développer un cancer de l'œsophage, notamment :

Consommation de tabac : Cela comprend le fait de fumer et de consommer du tabac sans fumée.

Consommation d'alcool : la consommation chronique et/ou excessive d'alcool augmente le risque de cancer de l'œsophage.

Obésité : le surpoids ou l'obésité peuvent provoquer une inflammation de l'œsophage qui pourrait se transformer en cancer.

Œsophage de Barrett et reflux acide chronique : L'œsophage de Barrett est un changement dans les cellules situées à l'extrémité inférieure de votre œsophage qui se produit à la suite d'un reflux acide chronique non traité. Même sans l'œsophage de Barrett, les personnes souffrant de brûlures d'estomac à long terme présentent un risque plus élevé de cancer de l'œsophage.

Virus du papillome humain : Le virus du papillome humain est un virus courant qui peut provoquer des modifications des tissus des cordes vocales et de la bouche, ainsi que des mains, des pieds et des organes génitaux.

Antécédents de cancer : Les personnes qui ont eu un cancer du cou ou de la tête courent un plus grand risque de cancer de l'œsophage.

Autres troubles : Le cancer de l'œsophage est lié à certaines maladies rares et/ou héréditaires. Une isachalasie, une maladie rare qui rend la déglutition difficile. Un autre trouble est la tylose, une maladie héréditaire rare dans laquelle un excès de peau se développe sur la paume des mains et la plante des pieds.

Exposition professionnelle à certains produits chimiques : Les personnes exposées à des solvants de nettoyage à sec pendant une longue période courent un risque plus élevé de développer un cancer de l'œsophage.

Diagnostic et tests :

tests suivants pour diagnostiquer la maladie :

Déglutition barytée : les prestataires de soins de santé examinent votre œsophage à l'aide d'une série de radiographies. C'est ce qu'on appelle une hirondelle barytée parce que les gens boivent un liquide contenant du baryum. Le baryum permet aux prestataires de soins de voir plus facilement votre œsophage sur la radiographie.

Tomodensitométrie : ce test aide les prestataires de soins de santé à déterminer si les tumeurs se sont propagées à votre poitrine et à votre abdomen (ventre).

Œsophagogastroduodénoscopie : les prestataires de soins de santé utilisent un tube mince et flexible appelé endoscope pour examiner l'intérieur de votre œsophage.

Échographie endoscopique œsophagienne : Les ondes sonores créent des images de l'intérieur de votre œsophage. Les prestataires de soins de santé peuvent effectuer ce test dans le cadre d'une œsophagogastroduodénoscopie.

Biopsie : Au cours de l'œsophagogastroduodénoscopie, les prestataires de soins de santé peuvent prélever un petit morceau de tissu pour l'examiner au microscope afin de déterminer s'il y a des cellules cancéreuses.

Traitement :

Le traitement du cancer de l'œsophage dépend du stade et du grade du cancer. Les options de traitement comprennent :

Chirurgie : L'œsophagectomie est le traitement le plus courant du cancer de l'œsophage à un stade précoce. Il s'agit de retirer une partie ou la majeure partie de votre œsophage et des tissus environnants.

Radiothérapie : les radiations tuent ou endommagent les cellules cancéreuses en dirigeant un faisceau de radiations vers la tumeur.

Chimiothérapie : La chimiothérapie tue les cellules cancéreuses ou empêche leur croissance.

Dissection endoscopique sous-muqueuse : Les chirurgiens peuvent utiliser la dissection endoscopique sous-muqueuse pour traiter le cancer de l'œsophage à un stade très précoce.

Résection endoscopique de la muqueuse : les chirurgiens utilisent cette procédure pour éliminer les tumeurs de la muqueuse de votre œsophage.

Thérapie endoscopique au laser : ce traitement soulage les symptômes lorsque des tumeurs peuvent bloquer votre œsophage, ce qui rend la déglutition difficile.

Thérapie photodynamique :La thérapie photodynamique détruit les tumeurs avec des médicaments appelés photosensibilisateurs.

Thérapie ciblée : certaines cellules cancéreuses de l'œsophage transportent une quantité inhabituellement élevée de protéine HER2

Immunothérapie : ce traitement implique des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires.

Cancer de l'estomac

signes et symptômes du cancer de l’estomac ?

Le cancer de l’estomac ne provoque généralement pas de symptômes aux premiers stades. Même les premiers signes les plus courants du cancer de l’estomac – perte de poids souvent inexpliquée et douleurs à l’estomac – n’apparaissent généralement que lorsque le cancer est plus avancé.

Les symptômes du cancer de l’estomac comprennent :

Perte d'appétit.

Difficulté à avaler.

Fatigue ou faiblesse.

Nausée et vomissements.

Perte de poids inexpliquée.

Brûlures d'estomac et indigestion.

Selles noires (caca) ou vomissements de sang.

Sensation de ballonnement ou de gaz après avoir mangé.

Douleurs au ventre, souvent au-dessus du nombril.

Se sentir rassasié même après avoir mangé un petit repas ou une collation.

Pourtant, certains facteurs semblent augmenter le risque de développer un cancer de l’estomac. Ils comprennent:

Antécédents familiaux de cancer de l'estomac.

Infection à Helicobacter pylori (H. pylori).

Reflux gastro-œsophagien (RGO).

Gastrite.

Infection par le virus Epstein-Barr.

Antécédents d'ulcères d'estomac ou de polypes d'estomac.

Une alimentation riche en aliments gras, salés, fumés ou marinés.

Un régime qui ne comprend pas beaucoup de fruits et légumes.

Exposition fréquente à des substances comme le charbon, le métal et le caoutchouc.

Fumer, vapoter ou mâcher du tabac.

Boire trop d'alcool.

Obésité.

Gastrite atrophique auto-immune.

Plusieurs conditions génétiques sont associées à un risque accru de cancer gastrique, notamment :

Syndrome de Lynch.

Syndrome de Peutz-Jeghers.

Syndrome de Li-Fraumeni.

Polypose adénomateuse familiale.

Cancer gastrique diffus héréditaire.

Déficit immunitaire commun variable (CVID).

Diagnostic et tests :

Cancer colorectal

Le cancer du côlon se développe à partir de polypes (excroissances) situés dans la paroi interne de votre côlon. Soins de santé

Les symptômes courants du cancer du côlon comprennent :

Du sang sur ou dans vos selles

Changements persistants dans vos habitudes intestinales

Douleur abdominale:

Estomac gonflé:

Perte de poids inexpliquée :

Vomissement:

Fatigue et sensation d'essoufflement :

Choix de vie qui constituent des facteurs de risque de cancer du côlon

Tabagisme : la consommation de produits du tabac, notamment le tabac à chiquer et les cigarettes électroniques, augmente le risque de développer un cancer du côlon.

Consommation excessive d'alcool : en général, les hommes devraient limiter les boissons contenant de l'alcool à deux portions par jour. Les femmes devraient limiter la consommation de boissons contenant de l'alcool à une portion par jour.

Être obèse : la consommation d'aliments riches en graisses et en calories peut affecter votre poids et augmenter votre risque de cancer du côlon.

Avoir un régime alimentaire comprenant beaucoup de viande rouge et de viande transformée : La viande transformée comprend des saucisses au bacon et de la viande pour le déjeuner.

Ne pas faire d'exercice : tout type d'activité physique peut réduire votre risque de développer un cancer du côlon.

Conditions médicales qui augmentent le risque de cancer du côlon

Maladie inflammatoire de l'intestin : les personnes atteintes de maladies telles que la colite ulcéreuse chronique et la colite de Crohn, qui provoquent une inflammation de la muqueuse du côlon, peuvent présenter un risque accru de cancer du côlon.

Conditions héréditaires : certaines conditions comme le syndrome de Lynch et la polypose adénomateuse familiale peuvent augmenter votre risque de développer un cancer du côlon.

Des antécédents familiaux de cancer du côlon et d'autres types de cancer : si un membre proche de votre famille est atteint d'un cancer du côlon, vous pourriez avoir un risque accru de développer cette maladie.

Des antécédents familiaux de polypes : si votre parent, frère ou sœur ou enfant a un polype avancé, vous pourriez avoir un risque accru de développer un cancer du côlon.

De nombreux polypes : personnes atteintes de nombreux polypes du côlon, notamment des adénomes, des polypes dentelés ou d'autres types de polypes.

Diagnostic et tests

Formule sanguine complète (CBC).

Panel métabolique complet (CMP).

Test d'antigène carcinoembryonnaire (CEA) : les cellules cancéreuses et les cellules normales libèrent du CEA dans votre circulation sanguine. Des niveaux élevés de CEA peuvent être un signe de cancer du côlon.

Rayons X.

Tomodensitométrie (TDM).

Imagerie par résonance magnétique (IRM).

Scanner par tomographie par émission de positrons (TEP).

Ultrason.

Biopsie.

Tests de dépistage du cancer du côlon

La coloscopie est le test de dépistage le plus courant du cancer du côlon. D'autres tests incluent :

Test immunochimique fécal (FIT) : Ce test détecte le sang caché dans vos selles. Les pathologistes médicaux analysent des échantillons de vos selles à la recherche de sang que vous ne verrez peut-être pas simplement en regardant.

Test de sang occulte dans les selles à base de gaïac (RSOSg) : comme le FIT, ce test recherche du sang dans les selles qui peut ne pas être visible.

Test ADN fécal : ce test recherche des signes de mutations génétiques et de produits sanguins dans vos selles.

Sigmoïdoscopie flexible : les prestataires de soins de santé utilisent un endoscope flexible appelé sigmoïdoscope pour voir l'intérieur de la partie inférieure du côlon et du rectum.

Coloscopie virtuelle : Une coloscopie virtuelle est une radiographie qui recherche des polypes, des tumeurs et des ulcères (plaies) dans votre côlon et votre rectum.

Cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas touche les personnes âgées entre la sixième et la huitième décennie. Les facteurs de risque sous-jacents comprennent le tabagisme, l'obésité, une forte consommation d'alcool et la pancréatite chronique.

Cancer du pancréas :

Les carcinomes pancréatiques sont pour la plupart des adénocarcinomes canalaires et sont fréquemment localisés dans la tête pancréatique.

Cancer du pancréas :

La maladie est généralement diagnostiquée à un stade avancé en raison de l'apparition tardive des signes cliniques (exemple : douleurs épigastriques, ictère indolore et perte de poids).

Cancer du pancréas :

Dans de nombreux cas, la tumeur s'est déjà propagée à d'autres organes (principalement le foie) au moment du diagnostic.

Cancer du pancréas :

Le traitement est souvent palliatif puisque la résection chirurgicale n’est possible que dans environ 20 % des cas.

Cancer du pancréas :

La technique chirurgicale la plus couramment utilisée est la pancréaticoduodénectomie (procédure de Whipple).

Cancer du pancréas :

Il existe deux principaux types de tumeurs pancréatiques :

Tumeurs exocrines : Plus de 90 % de toutes les tumeurs pancréatiques sont des tumeurs exocrines. Le type de cancer du pancréas le plus courant est l’adénocarcinome, qui commence dans les cellules qui tapissent vos organes.

Tumeurs neuroendocrines : Moins de 10 % des tumeurs pancréatiques sont des tumeurs neuroendocrines.

Cancer du pancréas :

Malheureusement, il n’y a aucun signe précoce de cancer du pancréas.

Les symptômes apparaissent généralement lorsque la tumeur commence à affecter d’autres organes de votre système digestif.

Les symptômes du cancer du pancréas peuvent inclure :

Jaunisse (jaunissement de la peau).

Urine foncée (pipi).

Selles de couleur claire (caca).

Douleur abdominale haute.

Douleur au milieu du dos.

Fatigue.

La peau qui gratte.

Nausée et vomissements.

Gaz ou ballonnements.

Manque d'appétit.

Caillots sanguins.

Perte de poids.

Diabète d'apparition récente.

Cancer du pancréas :

Facteurs de risque du cancer du pancréas

Un facteur de risque est quelque chose qui augmente vos chances de contracter une certaine maladie. Les facteurs de risque courants du cancer du pancréas comprennent :

Fumer des cigarettes, des cigares et utiliser d'autres formes de tabac.

L'obésité, surtout si vous portez un poids supplémentaire autour de votre taille.

Diabète, en particulier le diabète de type 2. Un diabète d'apparition soudaine pourrait être le signe d'un cancer du pancréas.

Exposition à certains produits chimiques, comme les pesticides et les produits pétrochimiques.

Pancréatite chronique, une inflammation permanente de votre pancréas.

Pancréatite chronique héréditaire due à des modifications génétiques (mutations) transmises du parent biologique à l'enfant.

Syndromes héréditaires avec modifications (mutations) des gènes, tels que les gènes BRCA1 ou BRCA2, transmis du parent biologique à l'enfant.

Cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas a tendance à se propager (métastases) aux vaisseaux sanguins et aux ganglions lymphatiques voisins, puis au foie, au péritoine (la paroi de votre cavité abdominale) et aux poumons.

La majorité des cancers du pancréas se sont déjà propagés au-delà du pancréas au moment du diagnostic.

Cancer du pancréas : Investigation :

Diagnostic et tests :

Tomodensitométrie (tomodensitométrie).

IRM (imagerie par résonance magnétique).

PET (tomographie par émission de positons).

Échographie endoscopique.

Des analyses de sang

Niveaux élevés d'antigène 19-9

Cancer du pancréas :

Un homme de 70 ans qui fume beaucoup présente des antécédents de douleurs abdominales intermittentes et de nausées depuis 6 mois. Il a perdu 10 kg au cours des 2 derniers mois, ce qui, selon lui, est dû à une diminution de l'appétit, et il se plaint de prurit. À l'examen physique, on constate un ictère au niveau des sclères conjonctivales et une sensibilité épigastrique, mais pas de masse abdominale ni de lymphadénopathie. Les analyses de sang démontrent une bilirubine et une phosphatase alcalines élevées ; le reste des analyses de sang se situe dans la plage normale.

Vignette commune 2

Cancer du pancréas :

Une femme de 45 ans consulte son médecin pour de vagues douleurs abdominales hautes (épigastriques). Après un traitement avec des inhibiteurs de la pompe à protons, des analgésiques et des antiacides pendant 3 mois, qui se sont révélés inefficaces, le patient a également commencé à ressentir des maux de dos. Cela a donné lieu à une première endoscopie gastro-intestinale haute, qui était normale. Près de 4 mois après la présentation initiale, une échographie abdominale haute révèle une masse pancréatique avec métastases hépatiques.

Cancer du pancréas :

Antécédents et examen physique :

jaunisse

douleur ou inconfort non spécifique dans la partie supérieure de l'abdomen

perte de poids et anorexie

mal au dos

65 à 75 ans

stéatorrhée

soif, polyurie, nycturie et perte de poids

nausées, vomissements et satiété précoce

pancréatite aiguë inexpliquée

hépatomégalie

masse abdominale épigastrique

signe de Courvoisier positif

pétéchies, purpura, ecchymoses

Signe de Trousseau (thrombophlébite migratoire)

Plus d'information...

Tests de diagnostic

1ers Tests sur Commande

protocole pancréatique CT

échographie abdominale

Tests de la fonction hépatique

temps de prothrombine

numération globulaire complète

antigène du cancer 19-9

tomographie par émission de positrons

cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique

IRM de l'abdomen

cholangiopancréatographie par résonance magnétique

échographie endoscopique

laparoscopie de stadification (avec échographie laparoscopique)

biopsie

Polypose adénomateuse familiale :

La polypose adénomateuse familiale est une maladie héréditaire provoquant de nombreux polypes du côlon et aboutissant fréquemment à un carcinome du côlon, souvent avant l'âge de 40 ans.

Polypose adénomateuse familiale :

Le diagnostic repose sur l'endoscopie et les tests génétiques. Le traitement est la colectomie.

Polypose adénomateuse familiale :

De nombreux patients sont asymptomatiques, mais des saignements rectaux, généralement occultes, surviennent.

Polypose adénomateuse familiale :

Diagnostic de la polypose adénomateuse familiale :

Coloscopie.

Tests génétiques des patients et des parents au premier degré.

Progéniture dépistée pour l'hépatoblastome.

Polypose adénomateuse familiale :

Traitement de la polypose adénomateuse familiale :

Colectomie.

Surveillance endoscopique du reste du tractus gastro-intestinal.

Cancer anal :

Le principal symptôme est un saignement accompagné de défécation.

Cancer anal :

Le diagnostic repose sur l'endoscopie.

Cancer anal :

Les options de traitement comprennent l'excision, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Cancer anal :

Les facteurs de risque de cancer anal sont les suivants :

Infection à papillomavirus humain

Fistules chroniques

Peau anale irradiée

Leucoplasie

Infection par lymphogranulome vénérien

Infection à condylome acuminé

Fumeur

Cancer anal :

Symptômes et signes du cancer anal :

Le saignement accompagné de défécation est le symptôme initial le plus courant du cancer anal.

Certains patients ressentent des douleurs, des ténesmes ou une sensation d'évacuation incomplète.

Une masse peut être palpable au toucher rectal numérique.

Cancer anal :

Diagnostic du cancer anal

Sigmoïdoscopie flexible ou coloscopie

Biopsie

Cancer anal :

Chaque fois qu'un saignement rectal survient, même chez des patients présentant des hémorroïdes évidentes ou une maladie diverticulaire connue, un cancer coexistant doit être exclu.

Cancer anal :

Une fois le cancer anal diagnostiqué, stadification par scanner du thorax, de l'abdomen et du bassin ; IRM ; ou une tomographie par émission de positons est nécessaire pour exclure une maladie métastatique.

Cancer anal :

Traitement du cancer anal

Chimiothérapie combinée et radiothérapie (chimioradiation)

Parfois résection chirurgicale pour le traitement d'une maladie réfractaire ou d'une récidive

Cancer colorectal :

Le cancer colorectal est extrêmement courant.

Les symptômes comprennent du sang dans les selles et un changement des habitudes intestinales.

Le diagnostic repose sur la coloscopie.

Le traitement repose sur la résection chirurgicale et la chimiothérapie en cas d'atteinte ganglionnaire.

Des mesures comportementales et éventuellement de l'aspirine à faible dose peuvent réduire le risque.

Cancer colorectal :

Étiologie du cancer colorectal :

Le cancer colorectal survient le plus souvent sous forme de transformation au sein de polypes adénomateux.

Polypose adénomateuse familiale

Syndrome de Lynch

Syndrome de Peutz-Jeghers

Syndrome de polypose juvénile

Syndrome de polypose de MUTYH

Cancer colorectal :

Les conditions médicales prédisposantes comprennent les troubles inflammatoires chroniques (exemple : colite ulcéreuse, colite de Crohn) ; le risque de cancer augmente avec la durée de ces troubles.

Cancer colorectal :

Diagnostic du cancer colorectal

Biopsie coloscopique

Scanner pour évaluer l'étendue de la croissance et de la propagation de la tumeur

Test génétique

Cancer colorectal :

Traitement du cancer colorectal :

Résection chirurgicale, parfois associée à une chimiothérapie, une radiothérapie ou les deux

Dépistage du cancer colorectal

Il existe plusieurs options de dépistage du cancer colorectal, notamment

Coloscopie tous les 10 ans

Test de sang occulte dans les selles chaque année (tests immunochimiques fécaux de préférence)

Sigmoïdoscopie flexible tous les 5 ans (tous les 10 ans si associée à des tests immunochimiques fécaux)

Colonographie scanner tous les 5 ans

Tests d'ADN fécal combinés à des tests immunochimiques fécaux, au moins tous les 3 ans

Dépistage du cancer colorectal :

La coloscopie est considérée comme le test de dépistage de référence. Des tests alternatifs de dépistage du CCR sont disponibles pour les patients qui refusent la coloscopie ou pour lesquels des problèmes économiques empêchent le dépistage par coloscopie et pour lesquels la nécessité de tests répétés avec FIT est problématique.

Les tests immunochimiques fécaux pour le sang sont plus sensibles et spécifiques au sang humain que les anciens tests de selles à base de gaïac, qui peuvent être affectés par de nombreuses substances alimentaires.

Les tests d'ADN fécal détectent les mutations de l'ADN et les marqueurs de méthylation émis par une tumeur du côlon.

La colonographie par scanner (coloscopie virtuelle) génère des images 3D et 2D du côlon à l'aide d'un scanner à rangées multidétecteurs et d'une combinaison de contraste oral et de distension gazeuse du côlon.

Cancer de l'oesophage :

La tumeur maligne la plus courante dans les deux tiers proximaux de l’œsophage est le carcinome épidermoïde ; l'adénocarcinome est le plus fréquent dans le tiers distal.

Cancer de l'oesophage :

Les symptômes sont une dysphagie progressive et une perte de poids. Le diagnostic repose sur l'endoscopie, suivie d'un PET-scan et d'une échographie endoscopique pour la stadification.

Cancer de l'oesophage :

Le traitement varie selon le stade et comprend généralement une intervention chirurgicale avec ou sans chimiothérapie et radiothérapie. La survie à long terme est faible, sauf pour les patients présentant une maladie locale.

Cancer de l'oesophage :

Les principaux facteurs de risque du cancer de l'œsophage sont

Ingestion d'alcool

Consommation de tabac (sous quelque forme que ce soit)

Reflux gastro-œsophagien (en particulier pour l'adénocarcinome)

Obésité (en particulier pour l'adénocarcinome)

Âge plus avancé

Sexe masculin

Œsophage de Barrett

Syndromes génétiques (exemple : tylose, œsophage de Barrett familial, syndrome de Bloom, anémie de Fanconi)

Cancer de l'oesophage :

D'autres facteurs de risque comprennent l'achalasie, l'infection par le virus du papillome humain, l'ingestion de lessive ou d'autres substances caustiques (entraînant une sténose), la sclérothérapie, les toiles œsophagiennes dues au syndrome de Plummer-Vinson et l'irradiation de l'œsophage.

Cancer de l'oesophage :

Symptômes et signes du cancer de l'œsophage :

Le cancer de l’œsophage à un stade précoce a tendance à être asymptomatique.

Cancer de l'oesophage :

Symptômes et signes du cancer de l'œsophage :

Lorsque la lumière de l’œsophage se rétrécit progressivement, une dysphagie survient fréquemment.

Cancer de l'oesophage :

Symptômes et signes du cancer de l'œsophage :

Le patient a d'abord des difficultés à avaler des aliments solides, puis des aliments semi-solides et enfin des liquides et de la salive ; cette progression régulière suggère un processus malin croissant plutôt qu'un spasme, un anneau bénin ou une sténose peptique. Des douleurs thoraciques peuvent être présentes, irradiant généralement vers le dos.

La perte de poids, même lorsque le patient conserve un bon appétit, est presque universelle.

Cancer de l'oesophage :

Symptômes et signes du cancer de l'œsophage :

Diagnostic du cancer de l'œsophage

Endoscopie avec biopsie

Scanner abdominal et pelvien pour stadification

TEP-scan et échographie endoscopique pour compléter la stadification

Cancer de l'oesophage :

Traitement du cancer de l'œsophage :

Résection chirurgicale, souvent associée à une chimiothérapie et une radiothérapie

Résection endoscopique de certaines petites tumeurs à un stade précoce

Immunothérapie plus chimiothérapie pour certains cancers avancés

Les décisions de traitement du cancer de l'œsophage dépendent du stade, de la taille, de l'emplacement et des souhaits du patient (beaucoup choisissent de renoncer à un traitement agressif).

Tumeurs stromales gastro-intestinales :

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs du tractus gastro-intestinal dérivées de cellules précurseurs mésenchymateuses de la paroi intestinale (cellules interstitielles de Cajal). Le diagnostic repose généralement sur l'endoscopie. Le traitement est l'ablation chirurgicale.

Tumeurs stromales gastro-intestinales :

Diagnostic des tumeurs stromales gastro-intestinales :

Endoscopie

Le diagnostic des GIST repose généralement sur l'endoscopie, avec biopsie et échographie endoscopique pour la stadification.

Traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales

Ablation chirurgicale.

Le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales est l'ablation chirurgicale. Les patients atteints d'une maladie métastatique (le plus souvent au niveau du foie) peuvent également être candidats à une intervention chirurgicale en fonction du degré d'atteinte hépatique, de la taille de la tumeur et de la résécabilité chirurgicale.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Le syndrome de polypose MUTYH est une maladie autosomique récessive rare responsable de < 1 % des cancers colorectaux.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Les manifestations sont similaires à celles d'autres formes de polypes colorectaux ou de cancer.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Le diagnostic repose sur des tests génétiques. Les patients doivent subir une coloscopie de surveillance et un dépistage des autres cancers, notamment gastroduodénal, de la thyroïde, de la vessie, de l'ovaire et de la peau.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Le traitement consiste en une ablation endoscopique ou parfois une intervention chirurgicale.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Diagnostic du syndrome de polypose de MUTYH

Test génétique

Des tests génétiques sont nécessaires pour établir le diagnostic.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Dépistage :

Les patients concernés doivent subir une coloscopie de surveillance tous les 1 à 2 ans à partir de 25 à 30 ans. Ils doivent subir une endoscopie haute à partir de 30 à 35 ans. La fréquence de cet examen dépend de la présence de polypes gastroduodénaux. Les polypes des glandes fundiques doivent être biopsiés pour détecter une dysplasie.

Syndrome de polypose de MUTYH :

Traitement du syndrome de polypose de MUTYH

Retrait endoscopique

Parfois résection chirurgicale

Cancer du pancréas :

Les symptômes comprennent une perte de poids, des douleurs abdominales et une jaunisse. Le diagnostic repose sur le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique/cholangiopancréatographie par résonance magnétique, puis l'échographie endoscopique avec biopsie.

Cancer du pancréas :

Le traitement est une combinaison de résection chirurgicale et de chimiothérapie. Dans certains cas, la radiothérapie est également utilisée. Le pronostic est sombre car la maladie est souvent avancée au moment du diagnostic.

Cancer du pancréas :

Les principaux facteurs de risque de cancer du pancréas comprennent le tabagisme, des antécédents de pancréatite chronique, l'obésité et l'exposition à des produits chimiques (exemple : bêta-naphtylamine, benzidine, amiante, benzène, hydrocarbures chlorés). La consommation d'alcool et de caféine ne semble pas être un facteur de risque.

Cancer du pancréas :

Les symptômes du cancer du pancréas, tels que la douleur et la perte de poids, ne sont pas spécifiques, ce qui conduit à un diagnostic plus tardif, au moment où la maladie s'est propagée.

Cancer du pancréas :

Au moment du diagnostic, 90 % des patients présentent des tumeurs localement avancées qui ont impliqué des structures rétropéritonéales, se sont propagées aux ganglions lymphatiques régionaux ou ont métastasé au foie ou aux poumons.

Cancer du pancréas :

La plupart des patients souffrent de douleurs abdominales hautes sévères, qui irradient généralement vers le dos. La perte de poids est courante.

Cancer du pancréas :

Les adénocarcinomes de la tête du pancréas provoquent un ictère obstructif (pouvant provoquer un prurit) chez 80 à 90 % des patients.

Le cancer du corps et de la queue peut provoquer une obstruction de la veine splénique, entraînant une splénomégalie, des varices gastriques et œsophagiennes et une hémorragie gastro-intestinale.

Cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas provoque le diabète chez près de la moitié des patients, entraînant des symptômes d'intolérance au glucose (par exemple polyurie et polydipsie).

Diagnostic du cancer du pancréas :

Scanner ou imagerie par résonance magnétique/cholangiopancréatographie par résonance magnétique, suivie d'une échographie endoscopique avec biopsie par aspiration à l'aiguille fine.

Antigène CA 19-9 à suivre (pas pour le dépistage).

Traitement du cancer du pancréas :

Procédure de Whipple (pancréaticoduodénectomie).

Chimiothérapie néoadjuvante ou combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie (chimioradiation).

Contrôle des symptômes.

Traitement du cancer du pancréas :

Traitement symptomatique

Analgésiques, généralement des opioïdes

Parfois des procédures pour maintenir la perméabilité biliaire

Parfois supplémentation en enzymes pancréatiques

Traitement du cancer du pancréas :

Le cancer du pancréas est hautement mortel, généralement parce qu'il n'est diagnostiqué qu'à un stade tardif.

Les principaux facteurs de risque comprennent le tabagisme et des antécédents de pancréatite chronique.

Traitement du cancer du pancréas :

Le diagnostic implique un scanner ou une imagerie par résonance magnétique/cholangiopancréatographie par résonance magnétique et une échographie endoscopique avec biopsie ; Les niveaux d'amylase et de lipase sont généralement normaux et l'antigène CA 19-9 n'est pas suffisamment sensible ou spécifique pour être utilisé pour le dépistage de la population.

Traitement du cancer du pancréas :

La chirurgie combinée et la chimiothérapie offrent les meilleurs résultats oncologiques pour les patients candidats à une chirurgie résective.

Traitement du cancer du pancréas :

Contrôlez les symptômes avec une analgésie adéquate, un pontage gastrique et/ou biliaire pour soulager les symptômes d'obstruction, et parfois des suppléments d'enzymes pancréatiques.

Syndrome de Peutz-Jeghers :

Le syndrome de Peutz-Jeghers est une maladie autosomique dominante caractérisée par de multiples polypes hamartomateux dans l'estomac, l'intestin grêle et le côlon, ainsi que par des lésions cutanées pigmentées distinctives.

Diagnostic du syndrome de Peutz-Jeghers :

Le diagnostic est établi par l'évaluation clinique.

Le diagnostic du syndrome de Peutz-Jeghers est évoqué par le tableau clinique.

Diagnostic du syndrome de Peutz-Jeghers :

Les patients présentant une pigmentation péri-orale ou buccale et/ou ≥ 2 polypes hamartomateux gastro-intestinaux ou des antécédents familiaux de syndrome de Peutz-Jeghers doivent être évalués pour ce syndrome.

Surveillance du cancer gastro-intestinal :

La surveillance du cancer gastro-intestinal des patients atteints du syndrome de Peutz-Jeghers comprend la coloscopie, l'endoscopie haute et l'endoscopie vidéo-capsule à partir de l'âge de 8 ans, le moment de la surveillance ultérieure étant déterminé par les résultats. Les polypes coliques > 1 cm sont généralement retirés.

Polypes du côlon et du rectum :

Un polype intestinal est toute masse de tissu qui provient de la paroi intestinale et fait saillie dans la lumière.

Polypes du côlon et du rectum :

La plupart sont asymptomatiques, à l’exception de saignements mineurs, généralement occultes.

Polypes du côlon et du rectum :

La principale préoccupation est la transformation maligne ; la plupart des cancers du côlon surviennent dans un polype adénomateux auparavant bénin.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Le diagnostic repose sur l'endoscopie. Le traitement consiste en une ablation endoscopique.

Polypes du côlon et du rectum :

Les polypes peuvent être sessiles ou pédonculés et leur taille varie considérablement

Polypes du côlon et du rectum :

Les polypes, souvent multiples, surviennent le plus souvent dans le rectum et le sigmoïde et diminuent en fréquence vers le caecum.

Polypes du côlon et du rectum :

Plusieurs polypes peuvent représenter une polypose adénomateuse familiale. Environ 25 % des patients atteints d’un cancer du gros intestin présentent également des polypes adénomateux satellites.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Les polypes adénomateux (néoplasiques) sont les plus préoccupants. Ces lésions sont classées histologiquement en adénomes tubulaires, adénomes tubulovilleux (polypes villoglandulaires) ou adénomes villeux.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Les polypes non adénomateux (non néoplasiques) comprennent les polypes hyperplasiques, les hamartomes (voir Syndrome de Peutz-Jeghers), les polypes juvéniles, les pseudopolypes, les lipomes, les léiomyomes et d'autres tumeurs plus rares. Les polypes juvéniles surviennent chez les enfants, dépassent généralement leur apport sanguin et s'auto-amputent quelque temps pendant ou après la puberté.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Symptômes et signes des polypes colorectaux

La plupart des polypes sont asymptomatiques. Les saignements rectaux, généralement occultes et rarement massifs, constituent la plainte la plus fréquente.

Des crampes, des douleurs abdominales ou une obstruction peuvent survenir en cas de lésion importante.

Les polypes rectaux peuvent être palpables à l'examen digital. Parfois, un polype sur un long pédicule peut prolapsus à travers l'anus.

Les adénomes de grandes villes peuvent rarement provoquer une diarrhée aqueuse pouvant entraîner une hypokaliémie.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Diagnostic des polypes colorectaux

Coloscopie

Le diagnostic des polypes du côlon est généralement posé par coloscopie. Le lavement baryté, en particulier l'examen à double contraste, est efficace, mais la coloscopie est préférable car les polypes peuvent également être retirés au cours de cette procédure.

Polypes du Côlon et du Rectum :

Traitement des polypes colorectaux

Retrait complet pendant la coloscopie

Parfois suivi d'une résection chirurgicale

Coloscopie de surveillance de suivi

Polypes du Côlon et du Rectum :

La principale préoccupation est la transformation maligne, qui se produit à des rythmes différents selon la taille et le type de polype.

Le principal symptôme est un saignement, généralement occulte et rarement massif.

La coloscopie est la procédure diagnostique et thérapeutique recommandée.

Tumeurs de l'intestin grêle :

Le diagnostic repose sur l'entéroclyse. Le traitement est la résection chirurgicale.

Tumeurs de l'intestin grêle :

Les tumeurs bénignes comprennent les léiomyomes, les lipomes, les neurofibromes et les fibromes. Tous peuvent provoquer une distension abdominale, des douleurs, des saignements, de la diarrhée et, en cas d'obstruction, des vomissements. Les polypes ne sont pas aussi courants que dans le côlon.

Tumeurs de l'intestin grêle :

L'adénocarcinome, une tumeur maligne, est rare. Elle apparaît généralement dans le duodénum ou dans le jéjunum proximal et provoque des symptômes minimes. Chez les patients atteints de la maladie de Crohn impliquant l'intestin grêle, les tumeurs ont tendance à apparaître distalement et dans les anses intestinales contournées ou enflammées.

Tumeurs de l'intestin grêle :

Un lymphome malin primitif survenant dans l'iléon peut provoquer un segment long et rigide. Les lymphomes de l’intestin grêle peuvent survenir en cas de maladie coeliaque de longue date et non traitée.

Tumeurs de l'intestin grêle :

Les tumeurs neuroendocrines gastro-intestinales (anciennement appelées tumeurs carcinoïdes) surviennent le plus souvent dans l'intestin grêle, en particulier dans l'iléon, et dans l'appendice ; à ces endroits, des lésions plus importantes peuvent devenir malignes.

Tumeurs de l'intestin grêle :

Diagnostic des tumeurs de l'intestin grêle

Entéroclyse

Parfois endoscopie poussée ou vidéo-endoscopie par capsule

Traitement des tumeurs de l'intestin grêle

Résection chirurgicale

Le traitement des tumeurs de l'intestin grêle est la résection chirurgicale.

Cancer de l'estomac :

L'étiologie du cancer de l'estomac est multifactorielle, mais Helicobacter pylori joue un rôle important.

Cancer de l'estomac :

Les symptômes comprennent une satiété précoce, une obstruction et des saignements, mais ont tendance à apparaître tard dans la maladie.

Cancer de l'estomac :

Le diagnostic repose sur l'endoscopie, suivie d'une échographie scanner et endoscopique pour la stadification.

Cancer de l'estomac :

Le traitement est chirurgical parfois associé à une chimiothérapie ou une chimioradiation. La survie à long terme est faible, sauf pour les patients présentant une maladie locale.

Cancer de l'estomac :

Étiologie du cancer de l'estomac

Les facteurs de risque de cancer de l’estomac sont les suivants :

Infection à Helicobacter pylori (lorsqu'elle est associée à une métaplasie intestinale gastrique étendue)

Gastrite atrophique auto-immune

Tabagisme (et les personnes qui fument peuvent avoir une réponse altérée au traitement)

Polypes gastriques

Facteurs génétiques

Cancer de l'estomac :

Étiologie du cancer de l'estomac :

Les polypes gastriques peuvent être des précurseurs de cancer.

Cancer de l'estomac :

Étiologie du cancer de l'estomac :

Des polypes inflammatoires peuvent se développer chez les patients prenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens, et les polypes fovéolaires fundiques sont fréquents chez les patients prenant des inhibiteurs de la pompe à protons.

Les polypes adénomateux, en particulier les polypes multiples, bien que rares, sont les plus susceptibles de développer un cancer. Le cancer est particulièrement probable si un polype adénomateux mesure > 2 cm de diamètre ou présente une histologie villeuse.

Cancer de l'estomac :

Symptômes et signes du cancer de l'estomac :

Les premiers symptômes du cancer de l'estomac consistent souvent en une dyspepsie évocatrice d'un ulcère gastroduodénal.

Les patients et les médecins ont tendance à ignorer les symptômes ou à traiter le patient pour une maladie acide.

Cancer de l'estomac :

Symptômes et signes du cancer de l'estomac :

Plus tard, une satiété précoce (plénitude après l'ingestion d'une petite quantité de nourriture) peut survenir si le cancer obstrue la région pylorique ou si l'estomac devient indistensible à la suite d'une linite plastique.

Cancer de l'estomac :

Diagnostic du cancer de l'estomac :

Endoscopie avec biopsie :

Puis échographie scanner et endoscopique

Le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac inclut généralement l'ulcère gastroduodénal et ses complications.

Traitement du cancer de l'estomac

Résection chirurgicale, parfois associée à une chimiothérapie, une radiothérapie ou les deux (chimioradiation)

Les décisions de traitement du cancer de l'estomac dépendent du stade de la tumeur et des souhaits du patient (certains peuvent choisir de renoncer à un traitement agressif – voir Directives anticipées).

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Un gastrinome est une tumeur productrice de gastrine généralement située dans le pancréas ou la paroi duodénale.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Il en résulte une hypersécrétion d'acide gastrique et un ulcère gastroduodénal agressif et réfractaire.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Le diagnostic repose sur la mesure des taux sériques de gastrine. Le traitement repose sur des inhibiteurs de la pompe à protons et une ablation chirurgicale.

Symptômes et signes du gastrinome :

Le syndrome de Zollinger-Ellison se manifeste généralement par un ulcère gastroduodénal agressif, avec des ulcères survenant dans des localisations atypiques.

Symptômes et signes du gastrinome :

Des symptômes et des complications typiques de l'ulcère (par exemple, perforation, saignement, obstruction) peuvent survenir. La diarrhée est le symptôme initial chez 25 à 40 % des patients.

Diagnostic du gastrinome :

Niveau de gastrine sérique

Scanner, scintigraphie ou tomographie par émission de positons pour localiser

Le gastrinome est suspecté par les antécédents, en particulier lorsque les symptômes sont réfractaires au traitement antiacide standard.

Traitement du gastrinome

Suppression de l'acide

Résection chirurgicale pour maladie localisée

Chimiothérapie pour les maladies métastatiques

Traitement du gastrinome

Suppression de l'acide

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont les médicaments de choix (par exemple, oméprazole ou ésoméprazole 40 mg par voie orale 2 fois par jour).

Injections d'octréotide, 100 à 500 mcg par voie sous-cutanée 2 fois par jour à 3 fois par jour,

Traitement du gastrinome

Chirurgie :

L'ablation chirurgicale doit être tentée chez les patients sans métastases apparentes en raison du risque élevé de cancer sous-jacent.

Traitement du gastrinome

Chimiothérapie:

Chez les patients atteints d'une maladie métastatique, la streptozocine en association avec le 5-fluorouracile ou la doxorubicine est la chimiothérapie préférée pour les tumeurs des cellules des îlots.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

La plupart des gastrinomes se manifestent par des symptômes d'ulcère gastroduodénal, mais certains patients présentent de la diarrhée.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Environ la moitié des patients ont de multiples gastrinomes et environ la moitié ont un syndrome de néoplasie endocrinienne multiple ; la moitié des gastrinomes sont malins.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Les taux sériques de gastrine sont généralement diagnostiques, mais les patients présentant des taux limite élevés peuvent avoir besoin d'un test de provocation de la sécrétine.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

Les tumeurs peuvent généralement être localisées par scanner, scintigraphie des récepteurs de la somatostatine ou tomographie par émission de positons.

Gastrinome : Syndrome de Zollinger-Ellison :

La sécrétion acide est supprimée avec un inhibiteur de la pompe à protons et parfois aussi avec de l'octréotide, en attendant son ablation chirurgicale.

Glucagonome :

Un glucagonome est une tumeur pancréatique à cellules alpha qui sécrète du glucagon, provoquant une hyperglycémie et une éruption cutanée caractéristique.

Glucagonome :

Le diagnostic repose sur des taux élevés de glucagon et des études d'imagerie. La tumeur est localisée par tomodensitométrie et échographie endoscopique. Le traitement est la résection chirurgicale.

Glucagonome :

Les glucagonomes sont un type de tumeur endocrine pancréatique qui provient des cellules alpha du pancréas.

Symptômes et signes du glucagonome :

Étant donné que les glucagonomes produisent du glucagon, qui augmente la glycémie, les symptômes sont les mêmes que ceux du diabète.

Symptômes et signes du glucagonome :

Fréquemment, une perte de poids, une anémie normochrome, une hypoaminoacidémie et une hypolipidémie sont présentes.

Symptômes et signes du glucagonome :

Le signe clinique le plus distinctif est une éruption chronique impliquant les extrémités, souvent associée à une langue vermillon lisse et brillante et à une chéilite. La lésion érythémateuse exfoliante, rouge brunâtre avec nécrolyse superficielle est appelée érythème nécrolytique migrateur.

Diagnostic du glucagonome :

Niveau de glucagon sérique

Echographie scanner et endoscopique pour localiser

Traitement du glucagonome :

Résection chirurgicale pour maladie localisée

Chimiothérapie pour les maladies métastatiques

Octréotide pour supprimer la production de glucagon

La résection de la tumeur atténue tous les symptômes.

Insulinome :

Un insulinome est une tumeur rare des cellules bêta du pancréas qui hypersécrète de l'insuline.

Insulinome :

Le principal symptôme est l'hypoglycémie à jeun.

Insulinome :

Le diagnostic repose sur un jeûne de 48 ou 72 heures avec mesure des taux de glucose et d'insuline, suivi d'une échographie endoscopique.

Insulinome :

Le traitement est chirurgical lorsque cela est possible. Les médicaments qui bloquent la sécrétion d'insuline (exemple : diazoxyde, octréotide, inhibiteurs calciques, bêtabloquants, phénytoïne) sont utilisés chez les patients qui ne répondent pas à la chirurgie.

Symptômes et signes de l'insulinome :

L'hypoglycémie secondaire à un insulinome survient pendant le jeûne.

Symptômes et signes de l'insulinome :

Les symptômes de l'hypoglycémie due à l'insulinome sont insidieux et peuvent ressembler à divers troubles psychiatriques et neurologiques.

Symptômes et signes de l'insulinome :

Les troubles du système nerveux central comprennent des maux de tête, de la confusion, des troubles visuels, une faiblesse motrice, une paralysie, une ataxie, des changements marqués de la personnalité et une progression possible vers une perte de conscience, des convulsions et un coma.

Symptômes et signes de l'insulinome :

Des symptômes de stimulation sympathique (évanouissement, faiblesse, tremblements, palpitations, transpiration, faim et nervosité) sont souvent présents.

Diagnostic de l'insulinome :

Niveau d'insuline

Parfois des niveaux de peptide C ou de proinsuline

Échographie endoscopique

Diagnostic de l'insulinome :

Les symptômes surviennent pendant le jeûne.

Les symptômes surviennent en présence d'hypoglycémie.

L'ingestion de glucides soulage les symptômes.

Les niveaux d'hormones sont obtenus comme décrit ci-dessus lorsque le patient présente des symptômes.

Traitement de l'insulinome :

Résection chirurgicale

Diazoxyde ou parfois octréotide pour l'hypoglycémie

Chimiothérapie

Insulinome :

Environ 10 % seulement des insulinomes sont malins, mais tous provoquent une hypoglycémie à jeun.

Insulinome :

Les taux de glucose et d'insuline sont mesurés lors des symptômes (soit spontanés, soit induits par le jeûne lors de l'hospitalisation).

Insulinome :

L'échographie endoscopique a une sensibilité > 90 % pour localiser la tumeur ; La tomographie par émission de positons peut également être utilisée, mais le scanner n'est pas utile.

Insulinome :

Environ 90 % des insulinomes peuvent être réséqués chirurgicalement.

Contrôlez les symptômes de l'hypoglycémie avec du diazoxyde ou parfois de l'octréotide.

Vipoma :

Un vipome est une tumeur des cellules des îlots pancréatiques non bêta sécrétant un peptide intestinal vasoactif, entraînant un syndrome de diarrhée aqueuse, d'hypokaliémie et d'achlorhydrie.

Vipoma :

Le diagnostic repose sur les taux sériques de peptides intestinaux vasoactifs.

La tumeur est localisée par scanner et échographie endoscopique.

Le traitement est la résection chirurgicale.

Symptômes et signes du Vipoma :

Les principaux symptômes du vipome sont une diarrhée aqueuse massive et prolongée (volume de selles à jeun > 750 à 1 000 ml par jour et volumes à jeun > 3 000 ml par jour) et des symptômes d'hypokaliémie, d'acidose métabolique et de déshydratation.

Symptômes et signes du Vipoma :

Chez la moitié des patients, la diarrhée est constante ; dans le reste, la gravité de la diarrhée varie dans le temps.

Environ 33 % des patients ont une diarrhée < 1 an avant le diagnostic, mais 25 % ont une diarrhée ≥ 5 ans avant le diagnostic.

Symptômes et signes du Vipoma :

La léthargie, la faiblesse musculaire, les nausées, les vomissements et les crampes abdominales sont fréquents.

Des bouffées vasomotrices similaires à celles du syndrome carcinoïde surviennent chez 20 % des patients lors de crises de diarrhée.

Diagnostic du vipome

Confirmation de diarrhée sécrétoire

Niveaux sériques de peptides intestinaux vasoactifs

L'échographie endoscopique, la tomographie par émission de positons ou la scintigraphie peuvent localiser

Traitement du Vipoma :

Remplacement des fluides et des électrolytes

Octréotide

Résection chirurgicale pour maladie localisée

Vipoma :

Plus de la moitié des vipomes sont malins.

Une diarrhée aqueuse abondante (souvent 1 à 3 L par jour) est fréquente, entraînant souvent des anomalies électrolytiques et/ou une déshydratation.

Vipoma :

Les patients présentant une diarrhée aqueuse confirmée doivent faire mesurer leurs taux sériques de peptides intestinaux vasoactifs (idéalement pendant une crise de diarrhée).

Vipoma :

Localisez les tumeurs par échographie endoscopique, tomographie par émission de positons ou scintigraphie ou artériographie à l'octréotide.

Retirez chirurgicalement les tumeurs lorsque cela est possible et supprimez la diarrhée avec de l'octréotide.

Ulcère gastroduodénal :

Un ulcère gastroduodénal est une érosion d'un segment de la muqueuse gastro-intestinale, généralement dans l'estomac (ulcère gastrique) ou dans les premiers centimètres du duodénum (ulcère duodénal), qui pénètre à travers la musculeuse muqueuse.

Ulcère gastroduodénal :

Presque tous les ulcères sont causés par une infection à Helicobacter pylori ou par l’utilisation d’anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les symptômes comprennent généralement des douleurs épigastriques brûlantes qui sont souvent soulagées par la nourriture.

Ulcère gastroduodénal :

Le diagnostic repose sur l'endoscopie et la recherche d'Helicobacter pylori.

Ulcère gastroduodénal :

Le traitement implique la suppression de l'acide, l'éradication de H. pylori (le cas échéant) et l'évitement des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Symptômes et signes de l'ulcère gastroduodénal :

La douleur est la plus courante, souvent localisée à l’épigastre et soulagée par la nourriture ou les antiacides.

Symptômes et signes de l'ulcère gastroduodénal :

La douleur est décrite comme une sensation de brûlure ou de rongement, ou parfois comme une sensation de faim.

L'évolution est généralement chronique et récurrente.

Seulement environ la moitié des patients présentent le schéma caractéristique de symptômes.

Symptômes et signes de l'ulcère gastroduodénal :

Les symptômes de l’ulcère gastrique ne suivent souvent pas un schéma cohérent (exemple : manger exacerbe parfois la douleur au lieu de la soulager).

Cela est particulièrement vrai pour les ulcères du canal pylorique, qui sont souvent associés à des symptômes d'obstruction (exemple : ballonnements, nausées, vomissements) provoqués par un œdème et des cicatrices.

Symptômes et signes de l'ulcère gastroduodénal :

Les ulcères duodénaux ont tendance à provoquer une douleur plus constante. La douleur est absente au réveil mais apparaît en milieu de matinée et est soulagée par la nourriture mais réapparaît 2 à 3 heures après un repas.

Symptômes et signes de l'ulcère gastroduodénal :

La douleur qui réveille un patient la nuit est courante et suggère fortement un ulcère duodénal.

Chez le nouveau-né, la perforation et l'hémorragie peuvent être la première manifestation d'un ulcère duodénal.

L'hémorragie peut également être le premier signe reconnu à la fin de la petite enfance et dans la petite enfance, bien que des vomissements répétés ou des signes de douleurs abdominales puissent être un indice.

Diagnostic de l'ulcère gastroduodénal

Endoscopie

Parfois niveaux de gastrine sérique

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Hémorragie

L'hémorragie gastro-intestinale légère à sévère est la complication la plus courante de l'ulcère gastroduodénal.

Les symptômes comprennent une hématémèse (vomissements de sang frais ou de marc de café), le passage de selles sanglantes (hématochezia) ou de selles noires et goudronneuses (méléna) et une faiblesse, une orthostase, une syncope, une soif et une transpiration causée par une perte de sang.

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Pénétration (perforation confinée)

Un ulcère gastroduodénal peut pénétrer dans la paroi de l'estomac ou du duodénum. Si les adhérences empêchent les fuites dans la cavité péritonéale, la pénétration libre est évitée et une perforation confinée se produit.

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Perforation libre

Les ulcères qui perforent la cavité péritonéale sans être contrôlés par des adhérences sont généralement situés dans la paroi antérieure du duodénum ou, plus rarement, dans l'estomac.

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Obstruction de la sortie gastrique

L'obstruction peut être causée par une cicatrice, un spasme ou une inflammation résultant d'un ulcère.

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Récurrence

Les facteurs qui affectent la récidive de l'ulcère comprennent l'échec de l'éradication de H. pylori, la consommation continue d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et le tabagisme. Plus rarement, un gastrinome peut en être la cause.

Complications de l'ulcère gastroduodénal

Cancer de l'estomac

Les patients atteints d'ulcères associés à H. pylori ont un risque 3 à 6 fois plus élevé de cancer gastrique plus tard dans la vie. Il n'y a pas de risque accru de cancer avec des ulcères d'une autre étiologie.

Traitement de l'ulcère gastroduodénal

Éradication de H. pylori (lorsque présent)

Médicaments antiacides

Il faut arrêter de fumer et la consommation d'alcool doit être arrêtée ou limitée à de petites quantités d'alcool dilué.

Traitement de l'ulcère gastroduodénal

Chirurgie

Avec les médicaments actuels, le nombre de patients nécessitant une intervention chirurgicale a considérablement diminué. Les indications comprennent une perforation, une obstruction, des saignements incontrôlés ou récurrents et, bien que rares, des symptômes qui ne répondent pas aux médicaments.

La perte de poids est fréquente après une gastrectomie subtotale ; le patient peut limiter sa prise alimentaire en raison d'une satiété précoce (car la poche gastrique résiduelle est petite) ou pour prévenir le syndrome de dumping et d'autres syndromes postprandiaux.

Maldigestion et stéatorrhée causées par un pontage pancréatobiliaire

L'anémie est fréquente (généralement due à une carence en fer, mais parfois à une carence en vitamine B12 causée par une perte de facteur intrinsèque ou une prolifération bactérienne dans le membre afférent), et une ostéomalacie peut survenir.

Un syndrome de dumping peut survenir après des interventions chirurgicales gastriques, en particulier des résections. La faiblesse, les étourdissements, la transpiration, les nausées, les vomissements et les palpitations surviennent peu de temps après avoir mangé, en particulier les aliments hyperosmolaires.

L'hypoglycémie réactive ou dumping tardif (une autre forme du syndrome) résulte d'une vidange rapide des glucides de la poche gastrique.

Des problèmes mécaniques (notamment gastroparésie et formation de bézoard) peuvent survenir suite à une diminution des contractions motrices gastriques de phase III, qui sont altérées après une antrectomie et une vagotomie.

La récidive de l'ulcère, selon des études plus anciennes, survient chez 5 à 12 % des patients après vagotomie très sélective et chez 2 à 5 % après chirurgie résective. Les ulcères récurrents sont diagnostiqués par endoscopie et répondent généralement aux inhibiteurs de la pompe à protons ou aux anti-H2.

Ulcère gastroduodénal :

Les ulcères gastroduodénaux affectent l'estomac ou le duodénum et peuvent survenir à tout âge, y compris la petite enfance et l'enfance.

Ulcère gastroduodénal :

La plupart des ulcères sont causés par une infection à H. pylori ou par l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ; les deux facteurs perturbent la défense et la réparation normales de la muqueuse, la rendant plus sensible à l’acide.

Ulcère gastroduodénal :

La douleur brûlante est courante ; la nourriture peut aggraver les symptômes de l’ulcère gastrique mais soulager les symptômes de l’ulcère duodénal.

Ulcère gastroduodénal :

Les complications aiguës comprennent les hémorragies gastro-intestinales et les perforations ; les complications chroniques comprennent l'obstruction du canal gastrique, la récidive et, lorsque l'infection à H. pylori en est la cause, le cancer de l'estomac.

Ulcère gastroduodénal :

Diagnostiquer par endoscopie et effectuer des tests pour l'infection à H. pylori.

Donnez des médicaments antiacides pour éradiquer H. pylori.